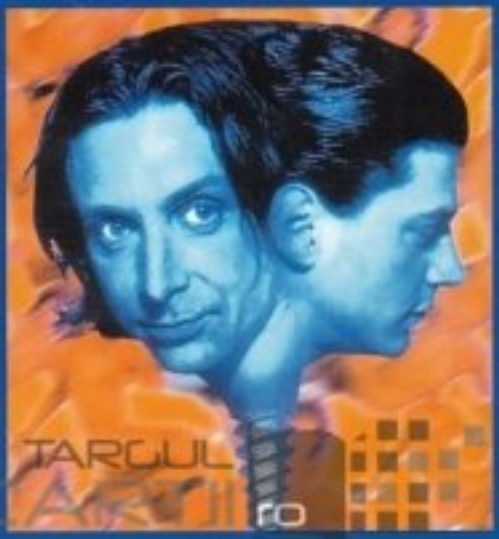
FLORIN TUDOSE



O ABORDARE MODERNĂ A PSIHOLOGIEI MEDICALE

Editura INFO Medica

159.9
T91

FLORIN TUDOSE

208.068

O ABORDARE MODERNĂ A PSIHOLOGIEI MEDICALE

064476
B.C.U. - IASI

INFO Medica
2000

CUVÂNT ÎNAINTE

Dacă în anii '80 existau în România mai multe lucrări cu titlul de psihologie medicală care reflectau cunoștințele și concepțiile din acea vreme, în prezent nu există o lucrare de referință care să țină pasul cu marile schimbări dintr-un domeniu cu precădere dinamic. Cartea scrisă de doctorul Florin Tudose vine să împlinească tocmai acest gol, abordând problematica psihologiei medicale într-un mod novator, fără însă a renunța la nimic din ceea ce tradițional aparține acestui domeniu. Autorul încearcă, și în opinia noastră reușește într-un mod strălucit, să stabilească un tip de prezentare a principalelor probleme care să intereseze cititori de cele mai diferite nivele: studenți în medicină și psihologie, medici de familie, medici de cele mai diverse specialități și, în sfârșit, pe toți cei implicați în problemele serviciilor medicale sau doar interesați de ce se întâmplă în medicina modernă. Demersul introductiv stabilește locul și rolul psihologiei medicale încercând o mai clară delimitare a acesteia în rândul științelor medicale și sociale. Acest demers are și rolul de a descoperi posibilele valențe funcționale ale acesteia. Concepte precum normalitatea, vulnerabilitatea, mecanismele de apărare și raportul lor cu stresul sunt tratate ca un continuum descifrat pertinent. De remarcat că problema apărărilor și a stresului, a evenimentelor de viață, nu este studiată distinct în facultățile de medicină sau psihologie deși este una centrală în explicarea unor comportamente normale și patologice. Comunicarea medic-pacient, privită din unghiuri și ipostaze diverse printre care deosebit de interesantă ni s-a părut cea a medicului ca pacient și a patologiei profesionale de relație, vine să aducă noi perspective dar și utile date practice pentru depășirea unor dificultăți inerente. Într-o manieră asemănătoare este tratată și problema personalității și aici trebuie subliniat un mare merit al cărții, acela de a familiariza medicul nepsihiatru cu vastul capitol al tulburărilor de personalitate. Și aici sunt propuse soluții directe pentru situațiile particulare pe care acest tip de bolnavi le crează. Ca un memento pentru medic dar și ca un ghid pentru studentul medicinist sau pentru cel de la psihologie, prezentarea sintetică a tulburărilor psihopatologice dezvăluie în autor profesionistul matur care filtrează corect informația operațională. Același lucru este relevat și de ultimele două capitole care dezvoltă corelația strânsă și practică ce există între perspectiva psihologică antropologică și cea medicală. Psihosomatica și domeniul tulburărilor somatoforme nu sunt tratate sistematic în nici una din universitățile de medicină din țară și lucrarea de față găsește calea pentru o bună dezvoltare a acestui capitol important de patologie.

În sfârșit, psihiatria de legătură este pentru prima dată reprezentată în România și încă cu deosebită competență ca un model pentru dezvoltarea unui domeniu de maximă actualitate și în România. Din păcate doctorul Florin Tudose rămâne până în prezent singurul specialist al acestui domeniu din țara noastră, iar serviciul dezvoltat la Spitalul Universitar este încă unul singular.

În ansamblu, cartea este de o deosebită calitate științifică dar și didactică, aduce importante noutăți și va fi un instrument de maximă utilitate pentru foarte mulți specialiști.

Acad. Prof. Dr. Mircea Lăzărescu

CUPRINS

Cuvânt înainte I

Capitolul 1
PENTRU O PSIHOLOGIE MEDICALĂ MODERNĂ
Definiția, obiectul și conținutul psihologiei medicale 1
Prolegomene în apariția psihologiei medicale 4
Raportul psihologie medicală și clinică – psihologie 10
Relații cu domeniul științelor medicale și biologice 11
Relația cu psihiatria 11
Relația cu psihopatologia 11
Relația cu psihosomatica 12

Capitolul 2
NORMALITATE, SĂNĂTATE, ANORMALITATE ȘI BOALĂ PSIHICĂ
Despre conceptul de normalitate 15
Normalitatea ca sănătate 16
Normalitatea statistică (ca valoare medie) 17
Normalitatea utopică (normalul ideal, valoric); Concepții psihanalitice despre normalitate 18
Normalitatea ca proces 20
Despre conceptul de sănătate 20
Despre conceptul de anormalitate 21
Despre comportamentele anormale 23
Despre conceptul de boală psihică 25

Capitolul 3
ADAPTARE, STRES ȘI MECANISME DE APĂRARE
Conceptul de adaptare 27
Despre starea de sănătate 32
Conceptul de stres 32
Trăsături de personalitate în determinarea bolilor 34
Mecanisme de apărare 36
Resursele sociale 44

Capitolul 4
VULNERABILITATE ȘI EVENIMENTE DE VIAȚĂ
Evenimente de viață 47
Natura evenimentului 47
Importanța evenimentului 48
Contextul evenimentului 51

Tracasările și momentele bune cotidiene 52
Constrângerile rolului. Natura lor 52
Abordarea socio-clinică a lui Brown și Harris 54
Importanța interacțiunilor 57
Principiul sumării 58
Vulnerabilitate și agenți declanșatori 58
Suport social 58
Clasa socială 60
Sexul 60

Capitolul 5
COMUNICAREA ȘI RELAȚIA MEDIC-PACIENT
Fereastra DONA 63
Factori care perturbă comunicarea 67
Comunicarea medic-pacient 68
Relația medic-pacient 68
Modelul biopsihosocial 69
Comportamentul față de boală 69
Modele ale relației medic-pacient 70
Stabilirea relației 72
Transfer 73
Contratransfer 74
Medicii ca pacienți 75
Medicul și patologia psihologică profesională 76
Evaluarea intensității sindromului de burnout la medici și personalul medical . . . 77
Câteva ipostaze speciale ale relației medic-pacient 79
Aspecte ale dinamicii relației medic-pacient 79
Formular pentru observarea și evaluarea comunicării interpersonale medic-pacient 80

Capitolul 6
PERSONALITATEA NORMALĂ ȘI PATOLOGICĂ
Personalitatea normală 83
Încercări de definire a personalității 84
Personalitatea și ciclurile vieții 88
Etapele ciclului vieții 91
Perioada copilariei 92
Perioada adultă 97
Perioada bătrâneții 99
Teren premorbid și vârstă 100
Boală și personalitate 101
Tulburări de personalitate 104
O clasificare a tulburărilor de personalitate și ipostaze medicale ale acestora . . 108
Modalități de abordare a pacientului cu tulburare de personalitate internat . . . 113
Personalitatea medicului și diagnosticul 116

Capitolul 7
ELEMENTE DE PSIHOPATOLOGIE 117

Capitolul 8
DE LA PSIHOSOMATICĂ LA SOMATIZARE
O VIZIUNE INTEGRATIVĂ ÎN MEDICINĂ
Definiții și cadru conceptual 153
Somatizarea între psihanaliză și neurobiologie 154
Somatizare și medicină psihosomatică 155
Grupa tulburărilor somatoforme în DSM-IV 155
Tulburări somatoforme și normativitate 156
Afectivitatea negativă și somatizarea 156
Somatizare și conștiință 157
Somatizarea - un comportament în fața bolii 158
Genetică și somatizare 158
Somatizare și personalitate 159
Posibile modele ale somatizării 159
Somatizarea ca mecanism de apărare psihologic 159
Somatizarea ca tendință de a apela la îngrijiri medicale 162
Somatizarea ca o consecință a suprautilizării asistenței medicale 162
Etiologie și ontologie în somatizare 164
Fiziologie și psihiatrie în determinarea simptomelor funcționale 165
Factorii psihosociali și somatizarea 166
Comorbiditate și somatizare 166
Nosografie și somatizare 166
Antropologie și somatizare 167

Capitolul 9
PSIHIATRUL CA MEDIC, PSIHIATRIA DE LEGATURĂ –
COMPONENTĂ A MEDICINEI INTEGRATIVE
Psihiatrul ca medic 169
Cadrul conceptual al psihiatriei de legătură 171
Prevenția primară, secundară și terțiară 172
Metodologii de triaj și descoperirea unor cazuri la debut 173
Promovarea unor reforme și schimbări structurale în unitățile
în care își desfășoară activitatea 174
Evaluarea calității vieții 175
Organizarea serviciilor de psihiatrie de legătură 177
Comorbiditate psihiatrică și medicală în spitalul general 178
Tipuri de intervenție în psihiatria de legătură 179
Icebergul patologiei și intervenția psihiatrului 180
Expectațiile somaticianului față de psihiatria de legătură 181
Psihiatria de legătură ca factor educațional 182
Psihiatria de legătură în România – realități și opțiuni pentru viitor 184

CAPITOLUL 1

PENTRU O PSIHOLOGIE MEDICALĂ MODERNĂ

Să nu făgăduiești o vindecare
Să nu afirmi că un gest este lipsit de risc
Să nu faci remarci asupra tratamentelor anterioare
Să nu vorbești mult și prea multe.

Grafton Love

Definiția, obiectul și conținutul psihologiei medicale
Prolegomene în apariția psihologiei medicale
Raportul psihologie medicală și clinică – psihologie
Relații cu domeniul științelor medicale și biologice
Relația cu psihiatria
Relația cu psihopatologia
Relația cu psihosomatica

DEFINIȚIA, OBIECTUL ȘI CONȚINUTUL PSIHOLOGIEI MEDICALE

Istoria domeniului psihologiei medicale este una agitată și acesteia i se pot găsi rădăcini în chiar începuturile artei și științei medicale. Psihologia medicală a revenit în forță atât în ceea ce privește demersul practic cât și considerațiile teoretice abia în secolul XX, ultimii 50 de ani transformând radical atât practica medicală cât și intervenția din direcția psihologiei în actul medical. În fapt, domeniul psihologiei medicale și clinice a devenit zona centrală, de rezistență a psihologiei, un domeniu în care își desfășoară într-un fel sau altul activitatea, cei mai mulți din absolvenții facultăților de profil din țările puternic dezvoltate.

În același timp, importanța studiului psihologiei medicale pentru medici nu a încetat să se amplifice, o recentă recomandare a președintelui Asociației Mondiale de Psihiatrie (**Lopez-Ibor Alino J.J., 1999**) precizând că:

- nu se va trece la studiul psihiatriei de către studenții în medicină fără să se precizeze importanța patologiei psihiatrice în practica medicinii generale;
- prezentarea psihologiei medicale va permite folosirea acesteia în practica medicală curentă;
- vor fi prezentate fundamentele științifice, ținând de domeniul neuroștiințelor, științelor sociale și psihologiei generale.

O definiție comprehensivă a psihologiei medicale unanim acceptată nu există, dar există o serie de adevăruri incontestabile care pot conduce spre acoperirea întregului spectru de activitate în care se pot recunoaște punctele de interes și aplicație ale acesteia. Este vorba de un concept hibrid care a fost întotdeauna greu de definit într-o manieră convenabilă unde au fost alăturați doi termeni care în mod cert nu se contrazic, dar care, de aceea, nu au în mod evident o legătură naturală între ei.

Există chiar opinii cum este aceea a lui **J. Tignol** care situează medicina prin practica și prin obiectul său la polul opus psihologiei, văzând-o ca pe o antipsihologie. El adaugă că ne situăm actualmente în fața unei științe medicale riguroase a cărei antipsihologie fundamentală este fondatoare și perfect justificată. Dimpotrivă, aceeași antipsihologie aplicată în cazul solicitării de îngrijiri, distinctă față de boală și definitorie dintotdeauna pentru condiția umană, este nu numai antiștiințifică ci și un eșec. Chiar și americanii încep să scrie că medicina ar trebui să aibă grijă să răspundă corect solicitărilor reale ale bolnavilor, deoarece aceștia încep să o evite îndreptându-se către practici non-medicale (vindecători, bioenergeticieni, vrăjitori).

Delahousse este frapat de faptul că în spitalul general există o inadecvare din ce în ce mai evidentă între extraordinarul perfecționism tehnic cu împărțirea sarcinilor și depersonalizarea intervenanților pe care aceasta o impune și persistența unei mișcări masive ce împinge spre spital o masivă populație heterogenă care ridică probleme umane, sociale, psihice, care trăiește momente de criză, care utilizează diferite registre de exprimare somatică a cărei organicitate reprezintă doar un aspect și a cărei luare în grijă este total incompletă, aleatorie.

Dacă, în conformitate cu definiția lui **P. Popescu Neveanu** – obiectul psihologiei generale tratează procesele, sistemele și însușirile psihice integrând și problematica generică a personalității, studiul psihologiei medicale se poate restrânge la domeniile relațiilor interpersonale și ale grupurilor mici (**P. Golu**) și are ca obiect de studiu psihologia bolnavului și a relațiilor sale cu ambianța, legăturile sale subiective cu personalul medico-sanitar (în mod predominant cu medicul) și cu familia.

Ea studiază și reacția psihică a bolnavului față de agresiunea somatică și/sau psihică (posibilă generatoare de boală) și mijloacele psihice de tratament. **Cl. Veil** adaugă ca aparținătoare de conținutul psihologiei medicale atitudinea în fața morții, fenomenele de transfer și contratransfer, beneficiul secundar, relațiile umane de la nivelul spitalului.

Pot fi inserate, conform opiniei lui **G. Besançon**, în cadrul rubricii psihologie medicală, toate faptele din practica medicală unde intervine, într-un fel sau altul, un factor psihologic, fie că e vorba de un eveniment traumatizant din punct de vedere afectiv (doliu, despărțire), de determinarea sau evoluția unei afecțiuni somatice, sau de relația medic-pacient în cursul elaborării diagnosticului, al conducerii tratamentului sau de-a lungul evoluției bolilor cronice. În opinia acestui autor psihologia medicală, adică spiritul său, este sau ar trebui să fie prezentă în practica medicală cotidiană și obișnuită (medicina generală sau de familie) sau mai sofisticată (grefe, tratament complex al cancerelor, cronicitate, abordarea morții etc.).

V. Sâhleanu și A. Athanasiu adaugă în sfera de preocupări a psihologiei medicale și problematica psihologică a profesiunii medicale, separat de problematica relației interpersonale medic-pacient. Acești autori consideră că psihologia medicală trebuie să fie psihologia care are în centrul ei „drama" persoanei umane punând accentul atât pe datele obiective, cât și pe cele subiective, în primul rând introspecția bolnavului și

intuiția medicală. Un raport al British Psychological Society atribuie studiului psihologiei medicale cinci subiecte majore: funcțiile psihice elementare, psihologia socială, psihologia dezvoltării, diferențele individuale, psihologia în relațiile cu medicina (efectele psihologice ale bolii, relațiile medic-bolnav).

Încercând să simplifice domeniul de definiție, **W. Huber (1992)** definește psihologia clinică arătând că este ramura psihologiei care are drept obiect problemele și tulburările psihice ca și componenta psihică a tulburărilor somatice. Este deci studiul problemelor psihice care se manifestă în conduitele normale și patologice și ale intervenției în aceste conduite. Această definiție îi permite autorului francez să refere psihologia medicală nu doar la cele trei domenii deja clasice: situația de a fi bolnav, relația medic-pacient, psihologia profesiunii medicale, ci să o extindă către psihologia sănătății și psihologia comunitară.

Psihologia medicală prin specificitatea obiectivelor și mijloacelor sale de cercetare oferă posibilitatea unei mai bune precizări și aprecieri a tulburărilor psihice din evoluția unui proces de îmbolnăvire, demers cu reverberații atât în diferențierea actului terapeutic, cât și a modalităților de asistență medicală proiectată competent și comprehensiunea față de persoana bolnavă, ambianță și factori de risc. Ea oferă în acest mod și investigarea posibilităților de prevenție sau de minimalizare a consecințelor unor stări psihopatogene, având drept corolar păstrarea sănătății.

Această extensie către psihologia sănătății este legată strâns de noțiunea de sănătate mintală, valoare fundamentală a societății contemporane care a căpătat o pondere deosebită în interesul opiniei publice. De altfel, chiar sănătatea a fost redefinită de Organizația Mondială a Sănătății ca fiind nu doar absența bolii, ci existența unei stări de bine și confort psihologic, somatic și social al individului.

În ceea ce privește alegerea între sintagmele „psihologie medicală" și „psihologie clinică" credem că fără a fi similare, cele două formulări acoperă un câmp asemănător de preocupări, psihologia clinică putând fi considerată un subdomeniu al psihologiei medicale. Cu siguranță că termenul *clinic* nu se referă la asistarea bolnavului imobilizat la pat (cf. gr. *klinikos* = „de pat"), ci la observația directă, imediată și nemijlocită pe care studiul de caz individual o presupune atât în medicină cât și în psihologie.

Dicționarul LAROUSSE definește ***psihologia clinică*** drept *„metodă specifică de înțelegere a conduitelor umane care urmărește să determine simultan ceea ce este tipic și ceea ce este individual la un subiect considerat ca o ființă care trăiește o situație definită."* **(N. Sillamy, 1995)**. Pornind de la studiul de caz individual, aceasta ar dori să ajungă la o generalizare științifică valabilă. În opinia acestui autor ea utilizează datele furnizate de:

- ancheta socială
- tehnici experimentale
- observare comportamentală
- convorbirea de la om la om
- date de biotipologie
- date psihanalitice.

Considerăm că despărțirea artificială psihologie clinică – psihologie medicală nu poate fi făcută, psihologia medicală având drept instrument de lucru metoda clinică. De asemenea, despărțirea psihologiei medicale de psihologia medicinii ni se pare un demers inutil care ar crea artificial un domeniu care nu ar avea unelte specifice. Psihologia medicală se referă la atitudinea față de bolnav și boală, față de sistemele de îngrijire

a sănătății, atât ale individului bolnav cât și ale celui sănătos, acest lucru incluzând logic și atitudinea medicului și a celor ce lucrează în domeniul medical față de propria profesiune. De asemenea nu vom fi niciodată în acord cu cei ce vorbesc despre o medicină psihologică, pentru că așa cum am arătat anterior, obiectul medicinii este individul uman care nu poate fi dezatribuit niciodată de dimensiunea sa psihologică în nici una din ipostazele sale.

PROLEGOMENE ÎN APARIȚIA PSIHOLOGIEI MEDICALE

Se poate spune că este imposibil de separat momentul apariției psihologiei medicale de cel al apariției medicinii.

Acest lucru ține de o problemă fundamentală a medicinii și anume aceea a unității funcționale soma-psyche. Problema este apărută de la începuturile medicinii ca artă și știință în spațiul cultural european, respectiv odată cu începutul filosofiei antice grecești. Oricât ar părea de paradoxal, dificultăți conceptuale ca și de abordare psihopatologică, înțelegerea unei simptomatologii și integrarea ei într-un model psihopatologic își găsesc explicații și, uneori, chiar sensibile răspunsuri în felul în care o abordare sau alta a transpus în timp, mai mult sau mai puțin complex, un mod filosofic de a da perspectivă demersului logic.

Nașterea medicinii a fost simultană cu cea a filosofiei, iar miracolul hipocratic nu poate fi în nici un fel separat de miracolul civilizației grecești. Acest lucru a fost inspirat sintetizat de **J.B. Cayol** care spunea: *„În ziua pe care o plănuise pentru a da o formă artei medicale, Dumnezeu a făcut să se nască un om provenit dintr-o veche familie de medici, la mare cinste în Grecia. L-a făcut să se nască în secolul cel mai luminat al antichității, astfel că a fost contemporan cu Socrate și maestru al lui Platon."*

Înrudirea dintre formulările operelor hipocratice și ideile dezvoltate în diferite fragmente filosofice este indubitabilă *„întreaga Colecție hipocratică este legată printr-o mulțime de fire cu întreaga filosofie presocratică și socratică"*. (**A. Dies, 1927**)

Nu poate fi o coincidență că cele mai importante școli medicale, cele de la Knidos și Kos, s-au dezvoltat și au atins maxima înflorire în apropierea Miletului, unul din principalele centre comerciale, metropolă a sute de așezări și patrie a unor personalități proeminente ale filosofiei presocratice: **Thales**, **Anaximene**, **Anaximandru**.

Precedând presocraticii, **Homer**, care nu poate fi considerat un filosof în sensul obișnuit al cuvântului, pune în poemele sale problema raportului dintre psyche (suflul vieții care continuă să trăiască și după moarte într-o formă atenuată) și soma (cadavru nemișcat, ceea ce rămâne din agregatul mobil de mădulare din care a dispărut psyche). **Homer** este cel care face prima legătură dintre cap și suflet afirmând că sufletul eroilor iese pe gură, dar desparte pyche de timos-spiritul, care ar fi localizat în diafragma (phrenes) cu care omul gândește și simte.

Thales este reprezentantul cel mai important al școlii din Milet. El afirmă că substanța care stă la baza tuturor lucrurilor și se transformă în toate în toate lucrurile este apa. El și școala ionică vor afirma derivarea lumii dintr-un principiu unic material. În același sens, **Heraclit din Efes** va gândi ca element primordial focul în permanentă schimbare, asemeni întregului Univers în care nimic nu rămâne imobil: *„Lumea a existat întotdeauna, ea este și va fi mereu un foc viu"*. În acord cu **J. Hersch,** important este nu că acești gânditori au ales o soluție sau alta pentru problemele la care încercau să-și

răspundă, ci faptul că au stabilit o direcție spre ceva mereu în mișcare capabil să ia chipul tuturor lucrurilor fără a se anihila.

Școala eleată, al cărui principal reprezentant a fost **Parmenide,** afirmă cu vigoare principiul identității pe care îl instalează în ființă însuși. Ființa este, după **Parmenide,** ceva profund divin, fără nici o personificare. Ființa este un tot perfect. Această concepție despre ființă va fi unul din filoanele care se va regăsi de-a lungul întregii istorii a gândirii occidentale. Lumea sensibilă percepută prin intermediul simțurilor este considerată doar aparentă, iar lumea aparențelor ar fi condusă de o divinitate situată în centrul ei căreia îi aparțin timpul și spațiul.

În opoziție cu eleații, atomiștii (**Democrit**, **Leucip**, **Anaxagora**) propun o reprezentare a ființei printr-o multitudine de mici unități indivizibile, imuabile, indestructibile, care constituie fondul permanent al realului, care se alătură unul altuia în mii de feluri provizorii pentru a alcătui lumea schimbării. Atomiștii au făcut o încercare serioasă de a distinge între psyche și nous atât ca funcție, cât și ca localizare. *Nousul*, inteligența, intelectul, spiritul ființează separat de masa asupra căreia acționează.

Interacțiunea corp-suflet, soma-psyche a fost obiectul unor constante reflexii după ce **Anaxagoras** a operat distincția psyche-soma. În viziunea lui **Democrit**, atomii corpului și sufletului sunt juxtapuși, dar **Lucretius** consideră că această asertiune este imposibil de susținut.

Diogenes din Apolonia consideră că legătura psyche-aer este evidentă pentru că de acesta din urmă depinde viața. În secolul al VI-lea psyche ajunge să absoarbă funcțiile thimosului homeric și termenul va fi folosit pentru totalitatea psihică a omului, în timp ce în paralel, agregatul fizic al mădularelor și părților corporale va ceda locul lui soma, care nu mai înseamnă acum cadavrul, ci unitatea fizică corelată cu ceea ce psihic este psyche.

O importanță aparte a avut școala pitagoreică, **Pitagora** fiind primul gânditor grec care a căutat în structurile corporale suportul material al fenomenelor psihice, realizând la nivelul cunoștințelor epocii și în cadrul concepției cosmologice proprii interrelația suflet-corp. El a considerat sufletul (neuma) o formă materială care se mișcă prin corp și este constituit dintr-un principiu cosmic - eterul. El reia modelul orfic privitor la suflet, dar îl extinde escatologic susținând natura cosmică a sufletului care se întoarce în spațiile siderale după moartea care îl eliberează din corp.

Am insistat asupra ideilor pitagoreice deoarece unii istorici ai medicinii atribuie excepționalului gânditor din Samos paternitatea unor idei ale corpusului hipocratic. Aceasta cu atât mai mult cu cât **Alcmenon din Crotona** discipol al lui **Pitagora** a fost o proeminentă personalitate medicală a timpului. El va fi cel care spune: *„Omul înțelege în timp ce animele celelalte percep, dar nu înțeleg ... Toate percepțiile ajung la creier și aici se pun de acord."*

În contrast cu ideile epocii, medicul filosof din Crotona încearcă să descopere relația sănătate-boală și să explice aceste stări fundamentale prin prezența unor factori naturali de origine internă sau externă. *„Izonomia forțelor umed, uscat, rece, cald, amar, dulce, este născătoare de sănătate, pe când monarhia lor provoacă boala; într-adevăr, monarhia oricăreia este un lucru primejdios"*.

Opera lui **Socrate** este greu de separat de cea a lui **Platon,** ea fiind transmisă în mare parte prin conținutul dialogurilor platoniciene.

Originile delfice ale gândirii sale îl vor îndemna spre cunoașterea de sine, spre o înțelegere profundă a naturii umane sub toate aspectele; nu a scris nimic și nu a lăsat nici o mărturie personală despre el însuși.

Opera platoniciană în totalitatea ei și în devenirea ei temporală poate fi definită ca una în care ființa umană este prezența absolută, ca un discurs filosofic care își asumă omul ca element esențial. Circumscrisă orizonturilor filosofiei grecești referitoare la om și la destinul său, ea se definește ca originală în particularizarea ideii de necesitate a cunoașterii vieții umane și a conservării acesteia prin forma care o singularizează (**Gh. Al. Cazan, 1994**). Concepția lui **Platon**, care vedea omul ca structură duală, în același timp trup și suflet, relevată în toate dialogurile referitoare la om, va marca întreaga cultură ulterioară (antică, medievală și modernă).

În opera lui **Platon**, problematica corpului și a sufletului, care este inseparabilă, constituie un fel de linie de creastă în continuitatea având pe de-o parte contextul arhaic în care filosofia a luat naștere, iar de cealaltă tot ceea ce îi va succede de la **Aristotel** la epicurieni.

Platon ne propune deci o manieră absolut remarcabilă de a gândi articularea corpusului mitologic și corpusului ritualurilor religioase. Nebunia sfântă este cea a cărei inspirație divină permite convertirea problemelor dureroase în probleme de rezolvat și de aici în probleme care solicită rezolvări foarte precise. Calea de rezolvare a conflictului este, așa cum o indica **Platon**, boala, care poate tot atât de bine să fie corporală, excesul de probleme cu care individul se confruntă evidențiind de o manieră mai generală un destin nefast sau malefic.

Platon consideră sufletul *„uman și divin deopotrivă, luând în seamă înrâuririle și faptele ce îi sunt proprii"*. Sufletul este definit ca nemuritor prin faptul că se mișcă de la sine și este sursă și principiu al mișcării pentru toate câte se mișcă. Iar acest principiu este el însuși neînăscut. Mișcarea este concepută atât în sens de mișcare, cât și în sens de schimbare. Sufletul ne apare asemenea unei puteri ce prinde laolaltă, din fire îngemănați și înzestrați cu aripi, atelaj înaripat și pe vizitiul său. Este semnificativă această concepție a corpului ca mișcare auto-motorie și auto-mobilă, conducând mai degrabă la o separare a corpului de suflet, decât la o integrare a acestora. Când sufletul își pierde aripile ia chip de ființă pământească ce pare că se mișcă de la sine când de fapt pricina mișcării este puterea sufletească.

Influența concepțiilor orfico-pitagoreice este evidentă: psyche o unitate nemuritoare supusă renașterii ciclice într-un corp care este sursa tuturor relelor. Scopul vieții devenea astfel purificarea (*catharsis*) pregătirea pentru moarte și revenirea sufletului în mediul său natural - cosmosul. Din aceleași surse provine și doctrina reamintirii: nu ne reamintim detalii dintr-o viață anterioară, ci doar recunoașterea formelor (*eide*); psyche este facultatea prin care cunoaștem eidele pentru că sufletul este înrudit cu ele fiind nemuritor, invizibil și imaterial. **Platon** va reveni asupra acestor idei admițând că anumite funcții somatice aparțin și ele sufletului (care în Phaidon era considerat ca acționând independent de simțuri). În *Republica*, **Platon** reintroduce tripartiția sufletului: parte relațională (*logisticon*), parte pasională (*thymoeidesis*) și parte apetentă, toate cu virtuți și *pathe*. În *Phaidros*, **Platon** va arăta legătura dintre corp și suflet la nivelul senzației, în care sunt antrenate în mod egal; plăcerea se propagă de la corp la suflet. În *Timaios*, **Platon** va face distincția între mișcări primare care sunt proprii sufletului și mișcări primare care își au originea în corp și ajung la suflet. Senzația este un fel de scurtătură (*seismon*) prezentându-se într-un fel corpului și altfel sufletului, deși le este comună.

Aristotel, fiu al unui important medic al vremii, elev și dizident al școlii platoniciene, considerat al doilea părinte al filosofiei, a abordat într-o manieră complet diferită pro-

blema sufletului şi a corpului în partea a doua a tratatului despre suflet (Peri psyches). **Aristotel** considera corpurile vii realităţi *„care se hrănesc, cresc şi dispar prin sine însăşi"*, compuse din materie şi din formă. El rupe dualismul metafizic corp-suflet afirmând că realitatea formală a corpului nu este altceva decât sufletul *„entelechia"*. Deşi în cursul perioadei platoniciene tratase sufletul ca pe o substanţă completă care nu are nevoie de corp, în „De Anima" el precizează: *„Corpul viu şi însufleţit (soma empsychon) este compus din hyle (principiul material) şi eidos (principiul formal)"*. Studiind părţile sufletului el alege calea funcţională numindu-le facultăţi (*dynameis*) şi porneşte de la cea fundamentală, cea nutritivă, până la facultatea distinctivă, *noetika*. Definind trei grade ale sufletului vegetativ, senzitiv şi intelectiv, ca trei forme ale unei unităţi indisolubile, **Aristotel** neagă teza despre imortalitatea sufletului, *„sufletul fiind cauza finală şi formală a unui corp, nu poate supravieţui desfacerii unităţii acelui corp"* . Pe de altă parte, unele consideraţii ale lui **Aristotel** despre suflet se extind în domeniul psihologiei, atât în ceea ce priveşte funcţiile perceptive, cât şi în cele cognitive. Pe lângă cele cinci simţuri, el concepe şi un organ de simţ comun care deosebeşte între percepţiile unor simţuri diferite. **Aristotel** vorbeşte despre imaginaţie ca producătoare de imagini independente de simţuri şi despre opinii care sunt produse ale imaginaţiei supuse controlului intelectual. El consideră pneuma drept materie imediată a activităţilor psihice, fără să o considere şi un principiu vital. De asemenea, consideră că manifestările sufleteşti de ordin emoţional şi afectiv sunt posibile numai la nivelul cordului care este şi sediul către care converg informaţiile de la nivelul receptorilor. De remarcat că datorită prestigiului extraordinar de care s-a bucurat **Aristotel** (biserica catolică îl consideră *„precursor Christi in rebus naturalibus"*) modelele propuse de el au rezistat mai bine de două milenii. **Aristotel** va fi considerat cea mai prestigioasă personalitate ştiinţifică în tot Evul Mediu.

Odată cu apariţia filosofilor stoici, viziunea asupra raportului suflet-corp se modifică radical. Stoicismul, materialism şi monism în acelaşi timp, afirmă că totul este corporal cu excepţia gândirii logice, vidului care înconjoară lumea, timpului şi spaţiului. Sufletul (*psyche*) este un corp (*soma*). Lumea însăşi este un corp şi o fiinţă pe care un divin corporal o străbate până în cele mai mici dintre bucăţile sale într-o manieră fizică. Natura este deci divină, putere demiurgică dar anonimă, intim legată de corpul lumii tot aşa cum corpul uman este intim legat de sufletul său. De aici rezultă că viaţa lumii este una, aşa cum unică este viaţa omului. Filozofia stoică este o filozofie a omului continuu într-o lume continuă. Nimic nu este mai puternic decât Natura, iar cel înţelept îşi va realiza natura sa.

Accesul la înţelepciune era potrivit stoicilor condiţionat de o adevărată cultură a corpului, mergând de la exerciţii de respiraţie până la reprimări dure legate de *„un simbolism macabru, un soi de canibalism metaforic"* (**M. Daraki, 1993**). Dorinţa de stăpânire perfectă a corpului este legată de conceptul de ataraxie - absenţa tulburării, care ar conduce corpul la adevărata sa unitate cu sufletul, care la rândul lui, prin asceză, îl poate face să intre în unitate cu cosmosul.

Adevărata înţelepciune constă în a accepta inevitabilul care, de altminteri, se înscrie în ordinea universală perfectă. Omul trebuie să-şi elimine din suflet orice fel de pasiuni, patimi, pofte, dorinţe, pentru a putea rămâne astfel impasibil şi tare în faţa vicisitudinilor vieţii. Stoicii spuneau că omul care doreşte ceea ce nu depinde de el este un sclav.

Şcoala epicureană este, ca şi stoicismul, un monism şi un materialism, dar foarte diferit de cel stoic. Această şcoală, ilustrată de **Epicur** şi poetul latin **Lucretius**, afirmă că

sufletul este la fel ca și restul universului alcătuit din atomi, fiecare din aceștia fiind insecabili, imuabili și inalterabili deoarece sunt simpli, necompuși. Atomii sufletești sunt într-o stare mai puțin densă și deci sunt mai rapizi și mai liberi și sunt intim legați de corp pe care îl însoțesc în toate fazele existenței sale, de la creșterea juvenilă până la îmbătrânirea sa și, în final, în moarte. Sufletul va fi deci afectat de bolile corpului și în momentul morții se va risipi în aer, se va dispersa. Sufletul cunoaște lumea exterioară prin simțurile corporale cărora le e martor sigur întotdeauna. Din toate corpurile sunt emanate imagini sau simulacre de origine materială, care vin și lovesc simțurile impresionându-le. Toate problemele omului vin din faptul că adesea noi interpretăm greșit, cu erori de judecată, iluziile noastre și visele. Omul trebuie să trăiască pentru a evita necazurile, omul trebuie să se elibereze de falsele temeri și să se bucure în liniște de plăcerile vieții.

Deși creștinismul nu este o doctrină filosofică, doctrina creștină poate fi luată în considerație în ceea ce privește subiectul care ne interesează deoarece ea a pus într-un mod cu totul neașteptat problema raportului corp-suflet vorbind despre încarnare, adică de a deveni om al lui Dumnezeu, spirit în corp muritor. Isus suferă în corpul său și prin corpul său. Încarnarea lui Dumnezeu în Fiul său uman semnifică unitatea cărnii ca unitate intimă a sufletului și corpului. Mai mult, chiar reînvierea este însoțită de dispariția corpului din mormântul sfânt, ea fiind o regenerare prin reîncarnare, subliniindu-se faptul că spiritul nu poate exista (coexista) decât în și prin corp. Așa cum o arată opera **Sfântului Augustin**, creștinismul a reprezentat deschiderea spre o veritabilă cultură a elaborării interiorității umane. Dacă la greci sufletul păstra ceva fundamental impersonal, în creștinism sufletul este esențialmente individual, centrat pe un sine care în virtutea încarnării este chiar sinele divin. Caracterul său ascuns și misterios face să trăiască în profunzimi sinele individual care, atunci când ajunge să se deschidă, iluminează și transfigurează totul, inclusiv corpul. Sufletul este diferit de orice realitate materială, el nu mai este un fel de materie mai fluidă ca la epicurieni, ci altfel de substanță, e o realitate de același ordin ca și adevărul.

Moartea sufletului ar însemna separarea dintre el și adevăr, lucru imposibil deoarece există cosubstanțialitate. Dar adevărul este și Dumnezeu *„Eu sunt calea, adevărul, ...“*. În felul acesta, Dumnezeu este în suflet. El este interior și nu exterior sufletului. Este *„interior intimo meo“*. Dumnezeu se află astfel în adâncurile sufletului.

Opera lui **Toma D'Aquino**, cel care pentru biserica catolică avea să devină **Sfântul Toma**, avea să încerce o sinteză majoră între opera aristotelică și tradiția creștină. *„Doctorul angelic“* stabilește o ierarhie a formelor materiale și pure între care încearcă să plaseze sufletul așa cum trăiește el în ființa umană. Sufletul omenesc este cea mai înaltă dintre formele amestecate cu materia, fiind legat indestructibil de corp. În același timp este cel mai de jos reprezentant al formelor pure.

Evul Mediu și perioada renascentistă au fost dominate succesiv de gândirea aristoteliană și ulterior de cea platoniciană, neoplatonicismul apărând ca o reacție împotriva scolasticii medievale după secolul XIII. În problema corp-suflet ar putea fi luată în considerare contribuția lui **Muhammad ibn Rosd** cunoscut ca **Averroes**, stea de primă mărime, nu doar între arabi și nici doar în Evul Mediu (**G. Vlădutescu**, 1973). **Averroes** respinge ideea de miracol, ideea primordialității formei asupra materiei, ideea nemuririi sufletului, precum și teoria creației lumii ex-nihil. Medic, jurist și filosof, el spune despre destinul final al omului că ar consta din eliberarea omului din închisoarea existenței sale corporale și intrarea sa într-o stare de euforie intelectuală obținută prin con-

junctia intelectului material sau „posibil" cu intelectul „activ" supraindividual. *„Această conjuncție este un fel de perfecțiune divină a omului, unul din darurile lui Dumnezeu făcute acestuia"*. **Averroes,** comentând De Anima, afirmă că intelectul în stare potențială, pe care el în numește „intelect material", unic și incoruptibil, este o substanță separată, identică pentru toți oamenii - el este inteligența speciei umane nemuritoare și eternă spre deosebire de indivizi și suflete.

O viziune nouă, care va revoluționa gândirea filosofică creând noi temelii ideilor filosofice, a reprezentat-o opera lui **R. Descartes**. În tratatul asupra pasiunilor, autorul încearcă să stabilească explicații fenomenelor sufletești și caută o modalitate de a exprima legătura dintre corp și suflet care lucrează unul asupra altuia. Legătura dintre corp și suflet, credea **Descartes**, se face prin glanda pineală, glanda pe care, în ciuda a numeroase încercări, nu a reușit să o pună în evidență. El este conștient de faptul că orice gândire a sufletului, adică orice act al său, trebuie să aibă un răspuns într-o mișcare a corpului și invers, orice mișcare a corpului se repercutează într-un fel oarecare asupra sufletului. Aceasta nu înseamnă că fiecare nu și-ar avea natura proprie. În ceea ce privește sufletul și simțirile sale primitive el încearcă să facă o trecere în revistă a acestora. Filosofia lui **Descartes** este în mod categoric dualistă: tot ce există se reduce la două realități fundamentale ireductibile una la alta: întinderea și gândirea, *rex extensa* și *rex cogitans*. Gândirea este activă, se pune singură în mod spontan în mișcare. Iar întinderea e pasivă, fiecare mișcare transmițându-se din afară. Pasiunile primitive erau după **Descartes** tristețea, bucuria, dorința, ura și dragostea, admirația. Pasiunile acestea nu sunt, în opinia lui **Descartes**, apariții nefirești în sânul vieții noastre. Ele nu sunt rele sau bune, ci doar întrebuințarea pe care omul le-o dă nu este întotdeauna cea bună. În Meditații, **R. Descartes** accentuează la maxim dihotomia corp-spirit, insistând asupra faptului că și corpul omenesc este de natură mecanică. Totuși, în dorința deosebită de a-și afirma existența cugetătoare, **Descartes** nu va reuși să înlăture confuzia pe care fuziunea sufletului și corpului o provoacă în experiența intimă a certitudinii factice de a exista (**Marc Richir, 1993**). Sistemul cartezian ar fi trebuit să răspundă dublei cerințe - de a da o explicație mecanicistă pentru substanța întinsă (corpul) și o responsabilitate absolută substanței gânditoare (sufletul). Acest sistem salvgardă posibilitatea unui suflet nemuritor, corpul aparținând întinderii se putea dizolva în ea. Sufletul, interioritate pură a gândirii, își păstra autonomia. Cu tot efortul pe care l-a făcut, **Descartes** nu a putut rezolva problema. Trebuie remarcat însă, că în epocă, cerința sa de a nu admite decât explicații mecaniciste a avut un efect enorm asupra științei, înlăturând balastul reprezentat de pretinsele explicații medievale.

Secolul XVII este dominat de figura lui **T. Sydenham (1624-1689)** care reia și insistă asupra rolului etiologiei psihogene în întreaga patologie meritându-și întru totul și din acest motiv supranumele de ***Hipocrate al Angliei***.

Două nume de referință marchează secolul al XVIII-lea: **Ph. Pinel (1745-1826)** fondatorul psihiatriei franceze și cel al lui **B. Rush** – părintele psihiatriei americane, personalități care deși au acționat independent, au introdus concepte și metode cvasisimilare: o mai bună observare a bolnavilor, o atitudine mai umană față de aceștia și propunerea unui *tratament moral*.

Secolul XIX deschide, prin ideile exprimate de **Heinroth Johann Christian (1773-1843), Jacobi Karl-Wigand (1775-1858), I.B.Friedrich, Charcot Jean Martin (1825-1893), Lasegue Ernest-Charles (1816-1883), Lotze, Tuke Daniel Hack (1827-1895), Behtereev Vladimir (1857-1927)**, calea spre delimitarea conceptului de psihologie

B.C.U. „M. EMINESCU" IAȘI

medicală și chiar spre aplicarea în clinică a ideilor acesteia. Lor li se datorează termeni ca *psihosomatică, psihologie medicală, somatopsihic,* primele cărți și tratate în materie, apariția unor reviste ca *Annales Medico-Psychologiques.* Două figuri în domeniul pe care îl prezentăm trebuie amintite cu deosebire, primul este **Th. Ribot (1839-1916)** care atât prin studiile sale asupra memoriei, voinței și tulburărilor afective, cât și în lucrările sale privind psihologia sentimentelor și problemele psihologiei afective deschide importante direcții în studiul psihologiei medicale. Cel de-al doilea, este **W. Lightner (1867-1956)**, fondatorul în 1896 a primei clinici de psihologie din Statele Unite ale Americii și a revistei *Psychological Clinic.* El este primul care folosește activitatea în echipă în examinarea, evaluarea și terapia psihologică a cazurilor.

Secolul XX va fi influențat de lucrările lui **S. Freud** și ale școlii de psihanaliză dezvoltată pornind de la acestea care vor avea un impact profund asupra medicinii și psihologiei. În 1913, în Tratatul său de Psihopatologie, **K. Jaspers** introduce termenii de *psihologie comprehensivă* și de *fenomenologie.*

Lucrările de psihologie medicală lui **P. Schilder** și **P. Janet** vor schimba întreaga perspectivă a primei jumătăți a secolului XX. Tot în această perioadă trebuie menționată opinia lui **K.Ernst (1888-1964)** după care psihologia medicală trebuie considerată ca o psihologie a nevrozelor, ca expresie a psihologiei sufletului omenesc în general. *Cel care înțelege nevrozele cunoaște și ființa umană și devine mai bine format pentru alte exigențe ale profesiunii medicale.*

După 1950 psihologia clinică va redeveni obiect de studiu în Franța și în Statele Unite, numeroși psihiatri și psihologi de marcă îndreptându-și interesul spre acest domeniu: **Jean Delay, Pierre Pichot, Pierre Sivadon, Philippe Jeammet, E. Stern, Daniel Lagache, Dollard și Miller, Eysenck H.S.**

Un loc aparte trebuie consacrat lucrărilor **Școlii de la Tavistok Clinic** reprezentată strălucit prin lucrările lui **M.Balint**, care în lucrarea sa *„Medicul, bolnavul și boala"* își propune descripția procesului privind relația medic-bolnav, cu efectele secundare neprevăzute sau nedorite de remediile medicale, descripția semnelor de diagnostic care să permită recunoașterea în timp util a procesului patologic și modelul corespunzător de psihoterapie în cadrul acestor relații complexe. El a subliniat importanța transferului și a încărcăturii afective negative pe care medicul în continuă confruntare cu boala o capătă, nevoia acestuia de a se descărca de trăirile de acest tip

În țara noastră psihologia medicală este ilustrată de lucrările și activitatea unor personalități ca: **Eduard Pamfil, Nicolae Mărgineanu, Ion Biberi, Victor Săhleanu, George Ionescu, Mircea Lăzărescu, Andrei Atanasiu, Ioan Bradu Iamandescu, Virgil Enătescu, Tadeusz Pirozynski, Gavril Cornuțiu.**

Datele pe care le-am prezentat vin să confirme odată în plus asertiunea lui **Ebbinghaus** conform căreia *psihologia are un lung trecut dar o scurtă istorie* asertiune care se potrivește cu atât mai mult psihologiei medicale.

RAPORTUL PSIHOLOGIE MEDICALĂ ȘI CLINICĂ – PSIHOLOGIE

Psihologia medicală se dezvoltă azi din întrepătrunderea cu alte domenii de cunoaștere și cercetare cum ar fi: psihopatologia, psihologia holistică și antropologia, psihanaliza și psihologia dinamică, cronobiologia, etologia, sociologia, psihologia experimentală și neurofiziologia. Cu fiecare din aceste domenii psihologia medicală are legături biunivoce și face un schimb continuu de informații.

Ea este legată de domeniul psihologiei generale prin aspectele legate de comunicare, aspectele legate de psihologia dezvoltării, aspectele legate de personalitate.

De asemenea este legată de psihologia socială în cele mai diverse moduri: de la relația sociologică medic-pacient la impactul profesiunii medicale cu alte profesiuni conexe – medici, farmaciști, biologi, chimiști, de la modelul biopsihosocial al bolii la modelele terapeutice privind *lumea medicamentului (psihologia reclamei, marketing),* la calitatea vieții ca indicator modern de apreciere a intervenției terapeutice și a activității medicale, de la interrelațiile existente în interiorul instituțiilor de asistență la atitudinea mass-mediei față de boală și suferință.

De asemenea este legată de domeniul psihologiei diferențiale care folosind metodele psihometrice, testologia și psihodiagnoza se încadrează în principiile generale de evaluare, etalonare și diagnoză.

RELAȚII CU DOMENIUL ȘTIINȚELOR MEDICALE ȘI BIOLOGICE

Relația cu psihiatria este incontestabil cea mai profundă dintre cele stabilite cu disciplinele medicale atât din punct de vedere istoric cât și metodologic și nu întâmplător aproape toți cei care au fondat psihologia medicală au fost medici psihiatri. Pentru **Pirozynski (1988)** *domeniul de acțiune, deși în mod diferit denumit, constituie totuși o zonă comună preocupărilor psihiatriei: nevrozele pentru* ***Kretschmer****, medicina psihosomatică pentru* ***Commonwealth Found.****, efectele secundare neprevăzute și nedorite ale remediilor medicale pentru* ***Balint****, iar pentru toți relația medic-bolnav.* Psihiatria reprezintă pentru psihologia clinică principalul domeniu din care își extrage informațiile dar și domeniul în care „tehnicile psihologice și datele obținute" sunt utilizate plenar. De asemenea, zona comună a psihoterapiei oferă un amplu câmp de desfășurare psihologului clinician. Etiopatogenia tulburărilor psihice constituie alt domeniu de elecție în care psihologia medicală aduce date care constituie *fundamentul științific al psihiatriei* (**W. Huber, 1992**). Domeniul psihiatriei sociale orientat spre mai buna integrare a factorilor sociali, economici și culturali în abordarea etiopatogeniei tratamentului și prevenției tulburărilor este zona cea mai fertilă de desfășurare a psihologiei medicale. Într-un mod care pentru unii poate fi considerat paradoxal psihologia medicală interferă cu psihiatria biologică în cel puțin două domenii: psihoneurofiziologia – domeniu mereu în extensie în ultimii ani și psihofarmacologia. În psihofarmacologie validarea noilor substanțe terapeutice, a eficacității acestora ca și a cadrului optim nosologic în care se recomandă au beneficiat de aportul substanțial al metodelor de evaluare psihologică. În acest fel psihologia medicală a contribuit la remedicalizarea psihiatriei (**G. Ionescu, 1995**).

Relația cu psihopatologia

Ca și în cazul psihologiei medicale definirea noțiunii de psihopatologie rămâne încă supusă disputelor cu atât mai mult cu cât folosirea unor sinonime de tipul patopsihologiei sau psihologiei patologice dispune la confuzia cu psihologia clinică. Astfel, dicționarul LAROUSSE consideră că există o sinonimie între psihopatologie și psihologia patologică care ar fi *disciplina având drept obiect studiul tulburărilor de comportament, de conștiință și de comunicare* (**N. Sillamy, 1995**). Ea este plasată, în opinia

acestui autor, la jumătatea drumului dintre psihologie și psihiatrie și completează abordarea clinică prin metode experimentale, teste și statistică.

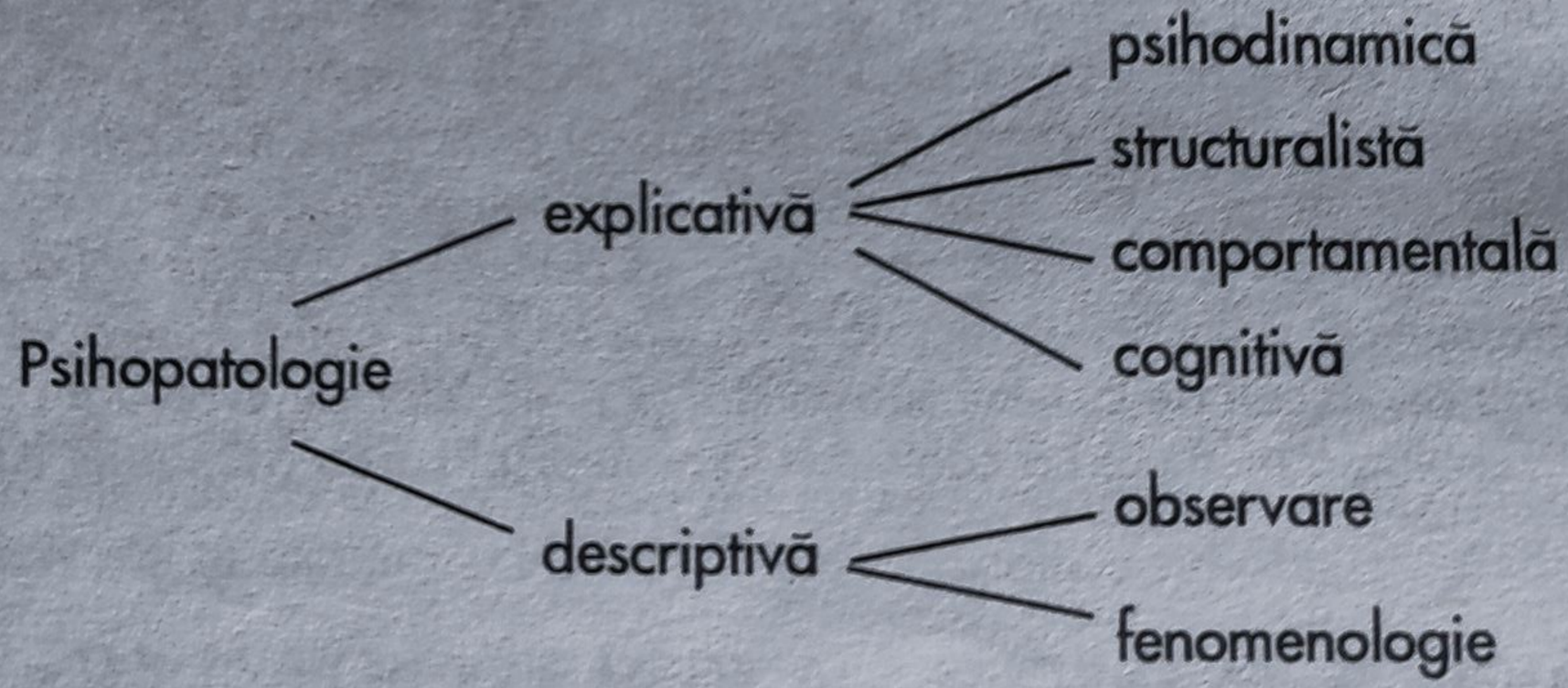
Există uneori chiar tendința de a suprapune domeniul psihopatologiei peste cel al psihologiei medicale și a o prezenta pe aceasta ca forma în care medicul ia cunoștință de tulburările psihice.

Psihopatologia nu abordează simptomele dintr-o perspectivă organică încercând să răspundă la întrebarea „de ce?" ci se referă la desfășurarea acestora în comportamente anormale răspunzând la întrebarea „cum?". Ea își propune să pătrundă în *universul morbid al subiectului* **(N. Sillamy, 1965)** pentru a cunoaște viața psihică anormală în realitatea sa, mijloacele sale de exprimare, raporturile sale de ansamblu (**K. Jaspers, 1928**). **E. Minkowski (1966)** precizează că psihopatologia este în raport cu psihologia ceea ce patologia este în raport cu fiziologia, iar în raport cu clinica psihiatrică are statutul unei surori mai mici.

Psihopatologia este un studiu sistematic al trăirilor anormale, cunoașterii și comportamentului; studiul manifestărilor tulburărilor mintale **(A. Sims, 1995)**. Acest autor subliniază cele două direcții importante ale psihopatologiei: cea explicativă – aflată în raport cu construcțiile teoretice și cea descriptivă – care descrie și clasifică experiențele anormale relatate de pacient sau observate în comportamentul său.

Abordările domeniului psihopatologiei făcute din aceste două direcții au condus la o multiplicare a unghiurilor de sub care domeniul a fost analizat. Într-o lucrare recentă a lui **Ș. Ionescu (1995)** sunt inventariate nu mai puțin de 14 perspective diferite. Acestea sunt în ordine alfabetică: abordarea ateoretică, behavioristă, biologică, cognitivistă, din perspectiva dezvoltării, ecosistemică, etnopsihologică, etologică, existențialistă, experimentală, fenomenologică, psihanalitică, socială și structuralistă.

Este evidentă legătura psihopatologiei cu psihologia medicală căreia îi oferă mijloacele de abordare ale unor situații decurgând din cunoașterea topografiei și dinamicii unor situații patologice. Noțiuni de psihopatologie vor face întotdeauna parte structurală din corpul psihologiei medicale.



Relația cu psihosomatica

Psihosomatica este o concepție medicală care stă la baza diagnosticului și terapiei celui aflat în suferință și care înglobează la un loc datele furnizate de examenul medical „obiectiv", constante biologice, date de examinare a corpului, explorări funcționale,

acestui autor, la jumătatea drumului dintre psihologie și psihiatrie și completează abordarea clinică prin metode experimentale, teste și statistică.

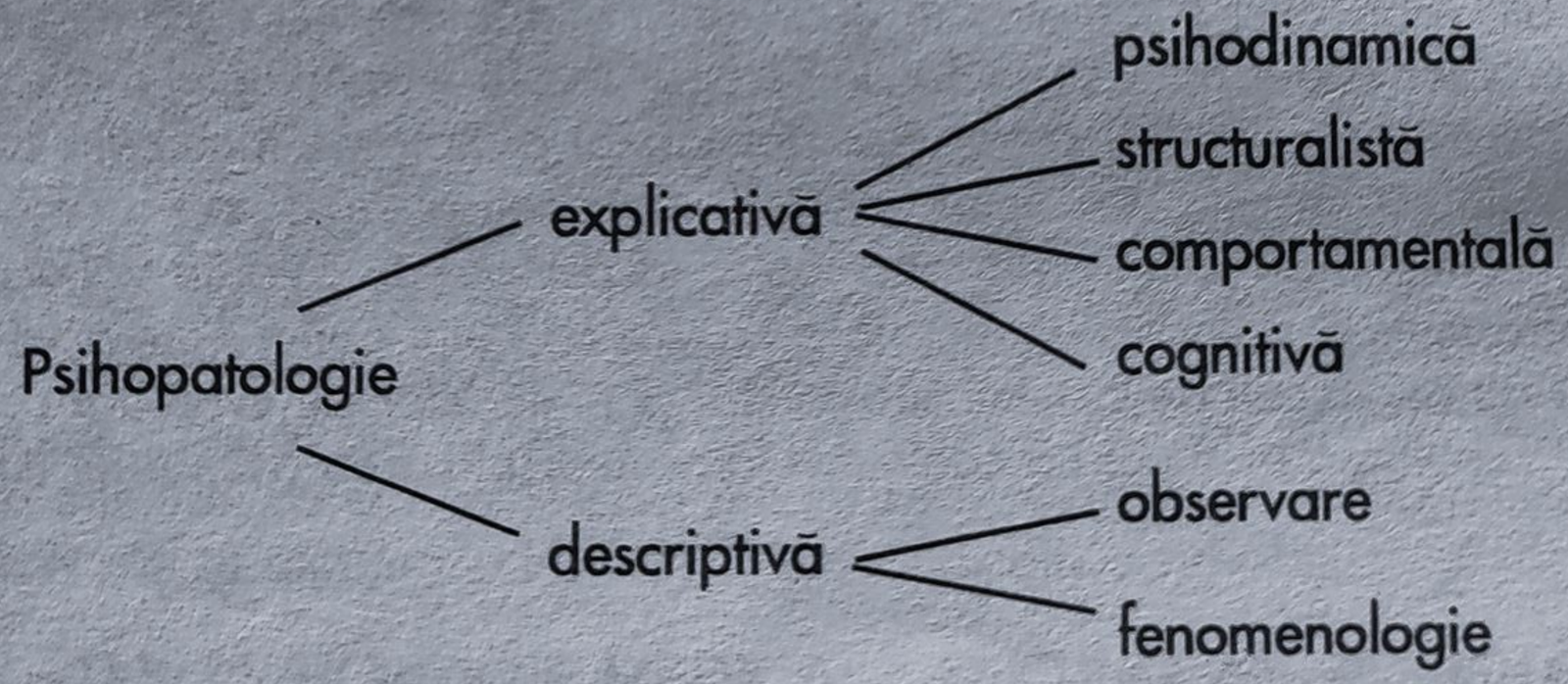
Există uneori chiar tendința de a suprapune domeniul psihopatologiei peste cel al psihologiei medicale și a o prezenta pe aceasta ca forma în care medicul ia cunoștință de tulburările psihice.

Psihopatologia nu abordează simptomele dintr-o perspectivă organică încercând să răspundă la întrebarea „de ce?" ci se referă la desfășurarea acestora în comportamente anormale răspunzând la întrebarea „cum?". Ea își propune să pătrundă în *universul morbid al subiectului* **(N. Sillamy, 1965)** pentru a cunoaște viața psihică anormală în realitatea sa, mijloacele sale de exprimare, raporturile sale de ansamblu (**K. Jaspers, 1928**). **E. Minkowski (1966)** precizează că psihopatologia este în raport cu psihologia ceea ce patologia este în raport cu fiziologia, iar în raport cu clinica psihiatrică are statutul unei surori mai mici.

Psihopatologia este un studiu sistematic al trăirilor anormale, cunoașterii și comportamentului; studiul manifestărilor tulburărilor mintale **(A. Sims, 1995)**. Acest autor subliniază cele două direcții importante ale psihopatologiei: cea explicativă – aflată în raport cu construcțiile teoretice și cea descriptivă – care descrie și clasifică experiențele anormale relatate de pacient sau observate în comportamentul său.

Abordările domeniului psihopatologiei făcute din aceste două direcții au condus la o multiplicare a unghiurilor de sub care domeniul a fost analizat. Într-o lucrare recentă a lui **Ș. Ionescu (1995)** sunt inventariate nu mai puțin de 14 perspective diferite. Acestea sunt în ordine alfabetică: abordarea ateoretică, behavioristă, biologică, cognitivistă, din perspectiva dezvoltării, ecosistemică, etnopsihologică, etologică, existențialistă, experimentală, fenomenologică, psihanalitică, socială și structuralistă.

Este evidentă legătura psihopatologiei cu psihologia medicală căreia îi oferă mijloacele de abordare ale unor situații decurgând din cunoașterea topografiei și dinamicii unor situații patologice. Noțiuni de psihopatologie vor face întotdeauna parte structurală din corpul psihologiei medicale.



Relația cu psihosomatica

Psihosomatica este o concepție medicală care stă la baza diagnosticului și terapiei celui aflat în suferință și care înglobează la un loc datele furnizate de examenul medical „obiectiv", constante biologice, date de examinare a corpului, explorări funcționale,

coroborate cu perspectiva psihologică şi considerarea factorilor psihosociologici în determinismul bolii. Termenul de psihosomatică a fost creat încă din 1830 de **Heinroth**, dar a fost introdus abia în anii 50 în discursul medical de către **Alexander şi Şcoala din Chicago**. În fapt orientarea psihosomatică este de sorginte hipocratică şi este opusă viziunii lui **Galien** care trata boli şi organe bolnave, nu bolnavi. Unii autori consideră psihosomatica o *adevărată mentalitate de abordare a pacientului* **I.B. Iamandescu** (**1999**). Acest autor consideră că următoarele caractere generale caracterizează concepţia psihosomatică în medicină.

Concepţie holistică (integrativă) – unitatea dintre SOMA şi PSIHIC.

- *Bazată pe observaţii clinice (confirmate de cercetări epidemiologice), date experimentale psiho-fiziologice, neuro-endocrinologice etc.*
- *Includerea influenţei mediului social (mediată prin psihicul bolnavului) asupra bolii*
- *Reliefarea la bolnavii psihosomatici a unei duble vulnerabilităţi la stres:*
  - *psihică*
  - *de organ*
- *Impunerea stresului psihic ca factor de risc major în patogeneză:*
  - *aparent exclusiv*
  - *sumativ*

Încercând să dea cea mai simplă definiţie bolilor psihosomatice **M.Wirsching** (**1996**) afirmă că acestea sunt acele boli fizice în care psihosocialul are o pondere decisivă.

Psihosomatica contemporană a investigat şi a acceptat diferite mecanisme de sorginte psihanalitică, cognitivă sau adaptativă ca generatoare ale suferinţelor psihosomatice.

O mare varietate de acuze somatice care antrenează convingerea pacienţilor că ei sunt suferinzi din punct de vedere corporal, în ciuda unor probleme emoţionale sau psihosociale demonstrabile, rămân în afara unei posibilităţi de definire clare. Disconfortul somatic nu îşi are explicaţie sau are una parţială, în ciuda convingerii cvasiunanime a pacientului că suferinţele lui îşi au originea într-o boală definibilă care îl determină să ceară ajutor medical şi care îi determină incapacitatea şi handicapul (**Lipowski, 1968; Kleinman, 1977; Katon, 1982; Kirmayer, 1984; Kellner, 1990**).

În contrast cu simularea, simptomele somatice nu sunt sub control voluntar. Tulburările somatoforme diferă şi de simptomele psihice consecutive unei afecţiuni medicale prin aceea că nu există nici o situaţie medicală care să poată fi considerată ca pe deplin responsabilă pentru simptomele somatice. Cei mai mulţi autori afirmă că acest concept, care grupează situaţii diferite, are drept numitor comun disconfortul corporal neexplicat, generat de probleme psihiatrice, psihologice sau sociale. Prin numeroasele sale aspecte, somatizarea este problema comună a unui număr mare de probleme medicale (**Ford, 1983**). În mod cu totul paradoxal somatizarea este o problemă majoră de sănătate publică, simptomele funcţionale fiind printre primele cauze de incapacitate de muncă şi incapacitate socială. Tot în sfera sănătăţii publice intră şi faptul că pacienţii cu simptome somatice neexplicate, recurente, sunt adesea investigaţi in extenso, spitalizaţi, supuşi unor proceduri de diagnostic invazive, unor tratamente medicale în care polipragmazia se împleteşte cu metode recuperatorii costisitoare şi care creează boli iatrogene adeseori mai grave decât presupusele boli somatoforme.

O abordare din direcţia psiho-somatică permite după **Iamandescu** (1998) realizarea următoarelor obiective:

1. ***Stabilirea ponderii factorului psihic***
   - *în apariţia bolii psihosomatice (factor de risc asociat)*
   - *în ritmarea evoluţiei bolii psihosomatice (trigger-declanşant)*
   - *ierarhizarea participării sale etiologice în contextul plurifactorial al bolii psihosomatice*
2. ***Impactul boală psihosomatică asupra psihicului bolnavului***
   - *reculul somato-psihic generat de disconfortul simptomelor;*
   - *afectarea indicilor de calitate a vieţii şi a inserţiei socio-profesionale*
   - *aşteptarea anxioasă a recidivelor bolii*
3. ***Personalitatea bolnavului***
   - *premorbidă („primară") (factor genetic + factori de risc biografici)*
   - *secundară bolii*
4. ***Tulburări neuro-psihice induse de boală psihosomatică (sau coexistente ori precedând boala psihosomatică)***
5. ***Psihoterapia bolii psihosomatice – obiective***
   - *strategia de prevenire sau atenuare a stresului psihic (SP)*
   - *modalităţi de antrenament pentru confruntare cu SP*
   - *influenţarea efectivă a simptomelor bolii psihosomatice*
   - *prioritatea pentru formule de relaxare şi participare în grup*
6. ***Asigurarea unei bune complianţe terapeutice***
   - *parteneriatul pentru sănătate dintre medic şi pacient*
   - *asigurarea monitorizării tratamentului*
   - *combaterea factorilor psihici perturbanţi*
   - *implicarea familiei personalului medico-sanitar auxiliar în echipa terapeutică (Luban Plozza)*
7. ***Programe educaţionale şi iniţiative organizatorice pentru diverse categorii de pacienţi (diabetici, cardiaci, reumatici etc.)***

CAPITOLUL 2

NORMALITATE, SĂNĂTATE, ANORMALITATE ŞI BOALĂ PSIHICĂ

Omul este măsura tuturor lucrurilor.

Anaxagoras

Despre conceptul de normalitate
Normalitatea ca sănătate
Normalitatea statistică (ca valoare medie)
Normalitatea utopică (normalul ideal, valoric); Concepţii psihanalitice despre normalitate
Normalitatea ca proces
Despre conceptul de sănătate
Despre conceptul de anormalitate
Despre comportamentele anormale
Despre conceptul de boală psihică

DESPRE CONCEPTUL DE NORMALITATE

Ca şi în alte domenii de studiu ale medicinii, pare complicat în primul rând de a defini normalul, la fel şi sănătatea mintală, aici fiind mai adevărată ca oriunde în altă parte părerea că acest atribut al omului nu se poate cuantifica precis. Dicţionarul de psihologie LAROUSSE precizează că normalitatea este o noţiune relativă, variabilă de la un mediu socio-cultural la altul şi în plus face interesanta precizare că *în medicină există tendinţa de a se asimila omul normal individului perfect sănătos individ care la drept vorbind nu există* (**N. Sillamy, 1995**).

Introducerea în psihiatrie a conceptului de normalitate a ideii de normă, pare să clarifice întrucâtva problema psihiatriei, aceasta fiind în special în domeniul medicinii, o specialitate diacritică (**H. Ey**), pentru care diferenţa normal/patologic reprezintă principalul obiect de lucru.

M. Lăzărescu subliniază că se cere precizat ce se înţelege prin **normalitate** (şi inclusiv sănătate), **anormalitate, boală** şi **defect**. Problematica cuplului normalitate-anormalitate este mai apropiată de „generalitatea" normelor, a abordării statistice, a regulilor şi legilor, pe când problematica „bolii" e mai legată de „concretul" cazului dat,

adică de cazuistică. Concepte mai largi decât cele de sănătate şi boală, normalitatea şi anormalitatea sunt teme de reflexie şi delimitare conceptuală şi pentru alte domenii ştiinţifice care au în centrul preocupărilor lor omul.

Nu suntem de acord cu părerea unor autori care consideră că psihiatria este centrată pe anormalitate, această imagine deformată fiind de fapt o răsturnare pesimistă a perspectivei medicale, care şi-a propus întotdeauna o revenire în cadrul normalului; normalul nu pare o limită deşi, din perspectiva bolii, el este una.

Patru perspective par să înglobeze majoritatea numeroaselor concepte clinice şi/sau teoretice care se referă la normalitate dar, deşi acestea sunt unice, au domenii de definiţie şi de descriere de fapt ele se completează una pe cealaltă şi numai sumarea lor poate da imaginea cea mai apropiată de real. Prima perspectivă, cea a normalităţii ca sănătate, este una tradiţională, cei mai mulţi medici şi printre aceştia şi psihiatri echivalând normalitatea cu starea de sănătate căreia i se atribuie caracterul unui fenomen universal. Dacă toate comportamentele ar fi înscrise pe o scală, normalitatea ar trebui să cuprindă porţiunea majoritară dintr-un continuum iar anormalitatea să reprezinte mica porţiune rămasă.

Normalitatea ca sănătate
Normalitatea statistică (ca valoare medie)
Normalitatea utopică (normalul ideal, valoric); Concepţii psihanalitice despre normalitate
Normalitatea ca proces

Normalitatea ca sănătate. Normalitatea, adică sănătatea, în cazul nostru cea mintală pare a fi o vastă sinteză, o rezultantă complexă a unei mulţimi de parametri ai vieţii organice şi sociale, aflaţi în echilibru dinamic, ce se proiectează pe modelul genetic al existenţei individuale, nealterat funcţional şi morfologic, în istoria sa vitală. Manifestarea acestei stări de sănătate ar fi existenţa unei judecăţi şi a unei viziuni realist-logice asupra lumii, dublate de existenţa unei discipline psihologice şi sociale, pe fundalul bucuriei de a trăi şi al echilibrului introversie-extroversie.

Desigur limita normal-patologic este extrem de complicată, interferenţele şi imixtiunile celor două domenii fiind un imprevizibil labirint. Nici un univers nu este mai greu de analizat decât psihismul şi nici o nebuloasă mai complicată decât individul, orice încercare de standardizare, aşa cum arătam, lovindu-se de un previzibil eşec. Ne aflăm în prezenţa unor nisipuri mişcătoare pe care este schiţată fragila graniţă dintre două sisteme, unul căutând să-şi crească, celălalt să-şi scadă în permanenţă nivelul organizaţional sau poate entropia informaţională.

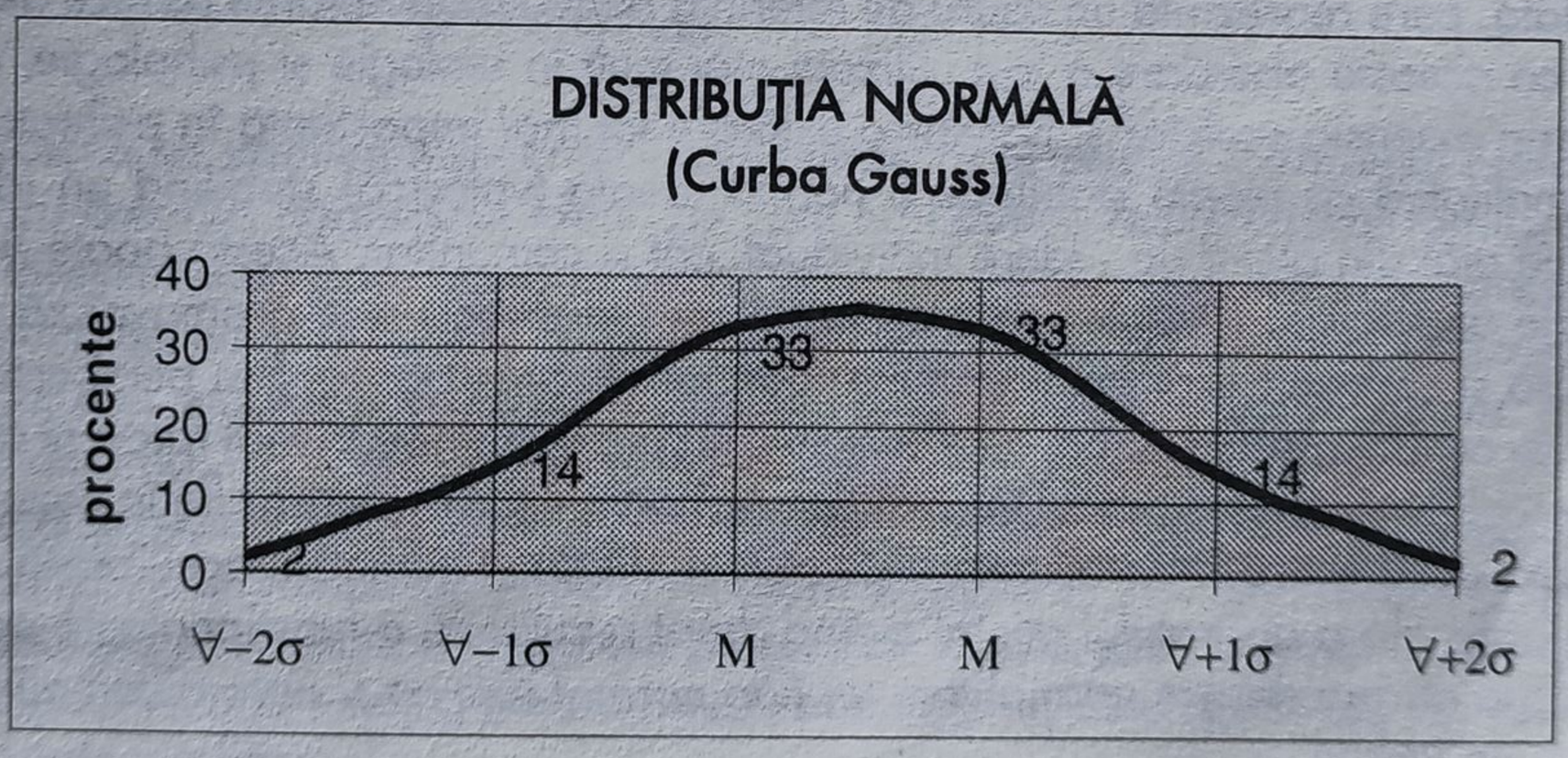
Aserţiunea lui **Karl Marx** potrivit căreia boala este *"viaţa îngrădită în libertatea ei"*, înţelegând prin aceasta nu numai aspectele strict biologice, ci şi pe cele sociale şi existenţiale, îşi găseşte o ilustraţie particulară în psihiatrie magistral formulată de **Henri Ey** care arată că bolnavul mintal este privat atât de libertatea exterioară cât şi de cea internă.

Orice boală nu este decât o greşeală în organizarea terenului pe care se înscrie textul vieţii, în plus boala mintală dezorganizează individul în propria sa normativitate constrângându-l la pierderea din această cauză a direcţiei existenţiale.

Faptul psihopatologic este, desigur, mai greu sesizabil decât o plagă sau o anomalie biochimică, dar percepția lui de către specialist se va face după aceleași reguli ale cunoașterii diferențiale, impunându-se de asemenea, ca o tulburare a organizării, ca o descompunere.

Boala psihică se obiectivează prin fizionomii tipice ale anumitor tipuri de existențe, conduite, idei, credințe, ce contrastează cu uniformitatea și conformismul celor ale comunității, apărând și celorlalți, nu numai psihiatrului, ca deosebite. Din acest fond comun de fapte, psihiatrului îi revine dificila sarcină de a alege pe cele aparținând sferei psihiatriei. Făcându-și descifrabile semnele dezorganizării vieții psihice, psihiatrul trebuie să caute în paralel să descopere gradul lor de semnificație, profunzimea acestei dezorganizări. Mai mult, boala poate apare ca o paradoxală organizare, în sensul dezorganizării, o reorganizare la un nivel inferior a psihismului. Ansamblul acestor dezorganizări care proiectează ființa dincolo de limitele normalității sunt realități obiective, ca oricare alte "semne patologice". O ființă desprinsă de real, invadată de imagini neliniștitoare sau înspăimântătoare, lipsită de puterea de a discerne sau prăbușită în abisul depresiei, lipsită de libertatea fundamentală și elementară a realității, reprezintă punctul în care conceptul devine realitate clinică.

Normalitatea ca valoare medie este în mod obișnuit folosită în studiile normative de tratament și se bazează pe descrierea statistică a fenomenelor biologice, psihologice și sociale conform repartiției gaussiene a curbei în formă de clopot. Această abordare concepe porțiunea mediană drept corespunzătoare normalului, iar ambele extreme, ca deviante.



Conform acestei abordări un fenomen cu cât este mai frecvent cu atât poate fi considerat mai „normal", iar cu cât este mai rar, mai îndepărtat de media statistică, cu atât apare ca fiind mai anormal. Deși acest tip de normă creează impresia că este foarte „obiectiv", nu este suficient de operant pentru medicină. Abordarea normativă bazată pe principiul statistic descrie fiecare individ în termenii evaluării generale și al unui scor total. În anumite contexte, fenomenele morbide pot fi frecvent înregistrate, chiar „endemice" (de exemplu caria dentară, unele infecții etc.), fără ca prin aceasta ele să poată fi considerate normale după cum, urmând aceeași regulă a frecvențelor, unele fenomene absolut normale pot căpăta aspectul anormalității (de exemplu: persoanele care au grupa sangvină AB(IV), Rh negativ).

Acceptarea normalității ca fenomen natural (și nu este greu de admis acest lucru, atâta timp cât afirmăm "cu tărie" că boala este un astfel de "fenomen") are implicații metodologice și funcționale majore.

Rezultă deci că acceptarea normalului mediu, noțiune cu care operează întreaga medicină, este logică și constructivă, înlăturând în mare parte arbitrarul și "judecățile de valoare". Introducerea modelului normalității medii duce la posibilitatea comparațiilor și implicit la stabilirea abaterilor datorate bolii. Nu se poate elabora un model aparent al bolii atât timp cât nu există un model al normalului.

Normalul, ca normă statistică, nu pare totuși semnificativ decât parțial în cadrul psihopatologiei, abaterile de tip cantitativ fiind pe al doilea plan față de cele calitative.

Dificultatea sporește atunci când anormalitatea, patologicul este reprezentat de un amalgam complicat de abateri cantitative care, sumate, alcătuiesc un tablou clinic distinct.

Relația se complică în plus atunci când intră în joc planuri diverse, legate prin fire nevăzute, acolo unde sănătatea (normalitatea) psihică se integrează cu cea fizică. O tulburare afectivă poate genera o afecțiune până nu demult considerată pur somatică, așa cum ar fi ulcerul, infarctul miocardic, în absența unor factori biologici favorizanți preexistenți, deci pe terenul normalității fizice.

Variabilitatea este descrisă doar în contextul grupului și nu în contextul unui individ. În psihiatrie este totuși necesar să se evidențieze modalitățile unor atitudini, expresive, reactive, comportamentale și convingerile cele mai frecvente într-o socio-cultură istorică dată, care reprezintă un cadru de referință pentru manifestările psihice deviante. Cu toate că această abordare a fost utilizată mai mult în biologie și psihologie, ea și-a căpătat prin extensia scalelor și testelor o utilizare tot mai importantă în psihiatrie.

Normalitatea ca utopie stabilește o normă ideală (valorică) stabilind un ideal de normalitate atât din punct de vedere individual, cât și comunitar. Acesta poate fi exemplificat prin unele „tipuri ideale" pe care le descrie, le invocă și le promovează o anumită cultură și care se exprimă în formulări normative, prescriptive. Din perspectivă psihologică nu ne interesează numai felul cum sunt și cum se manifestă mai frecvent oamenii unei socio-culturi date, ci și modul în care aceștia ar dori și ar spera să fie în cazul ideal. Din această perspectivă, normalitatea este percepută ca o îmbinare echilibrată, armonioasă și optimală a aparatului mintal având drept rezultantă o funcționalitate optimă.

S. Freud afirma despre normalitate *un Ego normal este ca și normalitatea în general, o ficțiune ideală.*

CONCEPȚII PSIHANALITICE DESPRE NORMALITATE

S. FREUD	Normalitatea este o ficțiune ideală; fiecare ego este psihotic într-un anumit moment într-o măsură mai mare sau mai mică;
K. EISSLER	Normalitatea absolută nu poate fi obținută, deoarece persoana normală trebuie să fie pe deplin conștientă de gândurile și sentimentele sale;
M. KLEIN	Normalitatea este caracterizată prin tărie de caracter, capacitatea de a face față emoțiilor conflictuale, capacitatea de a trăi plăcerea fără a provoca conflicte și capacitatea de a iubi;

E. ERIKSON	Normalitatea este capacitatea de a fi stapân pe perioadele vieții: încredere/neîncredere; autonomie/îndoială; inițiativă/vinovăție; activitate, producție/inferioritate; identitate/confuzie de rol; creație/stagnare; integritatea ego-ului/disperare.
L. KUBIE	Normalitatea este capacitatea de a învăța din experiență, de a fi flexibil și de a te adapta la schimbările din mediu;
H. HARTMANN	Funcțiile libere de conflicte ale ego-ului reprezintă potențialul persoanei pentru normalitate; măsura în care ego-ul se poate adapta la realitate și poate să fie autonom sunt asociate sănătății mintale;
K. MENNINGER	Normalitatea este capacitatea de a se adapta lumii exterioare cu mulțumire și cu capacitatea de a stăpâni fenomenul de aculturație;
A. ADLER	Capacitatea persoanei de a dezvolta sentimente sociale și de a fi productiv/creativ sunt legate de sănătatea mintală; capacitatea de a munci crește stima de sine și face persoana capabilă de a se adapta.
R. E. MONEY-KRYLE	Normalitatea este capacitatea de a atinge deplina conștiință de sine care de fapt nu este niciodată pe deplin obținută.
O. RANK	Normalitatea este capacitatea de a trăi fără teamă, vinovăție sau anxietate și aceea de a avea responsabilitatea propriilor acțiuni.

A încerca să stabilim niște criterii sau calități caracteristice individului normal – ar echivala cu crearea normalului ideal, pe care nu-l putem realiza decât formal și acest lucru se lovește de un prim obstacol – căci ar anula elementul dinamic al conceptului.

Istoricitatea acestui normal ideal este foarte relativă, ea neavând cursivitate, criteriul axiologic fiind inoperant de la o epocă la alta, ba chiar și pentru intervale restrânse de timp.

O serie de autori – **K. Schneider, Petrilowitsch, Mezger**, abordând critic valoarea normalului ideal, au arătat marile lui deficiențe, dar și faptul că în cadrul analizei normalului statistic (cealaltă posibilitate de tratare a problemei) se infiltrează judecăți de valoare.

Normalul valoric implică o măsurare procustiană în care se intrică, în plus și valorile personale ale fiecăruia.

Colectivitățile umane concrete își organizează existența în raport cu idealuri comunitare în care transpar legi, modele educaționale, legende și epopei, mitologia și mistica, istoria respectivului grup. Normalitatea ideală definește felul în care individul și comunitatea consideră că persona **ar trebui să fie**. Desigur, normativitatea ideală nu este și nici nu poate fi niciodată atinsă efectiv cu atât mai mult cu cât ea variază mult în funcție de contextul socio-cultural istoric și geografic (etnic, comunitar, statal, religios, ș.a.).

Antropologia și psihiatria transculturală au atras pe bună dreptate atenția asupra diferențierii care există în cadrul diverselor civilizații, între valorile acceptate ca normale, între semnificația unor fapte, credințe. Că este așa, ne demonstrează des citata categorisire

kraepeliniană, care includea în rândul anormalilor pe scriitorii de anonime alături de ucigașii de copii, dintre care astăzi doar ultimii mai păstrează eticheta de anormali.

Totuși, o astfel de perspectivă este absolut necesară atunci când psihiatrii, psihanaliștii sau alți psihoterapeuți, încearcă să discute criteriile de evaluare ale succesului unui tratament.

Cea de-a patra perspectivă ia în discuție **normalitatea ca proces** punând accentul pe faptul că un comportament normal este o rezultantă finală a subsistemelor care interacționează între ele. Ea operează cu așa numita normă responsivă sau funcțională **(K. Kolle)** care reflectă măsura în care un organism, o persoană, un subiect își împlinește rolul funcțional pentru care există în economia sistemului supraiacent din care face parte. Luând în considerare această definiție, schimbările temporale devin esențiale pentru completa definiție a normalității. Cu alte cuvinte, normalitatea – ca proces – consideră esențiale schimbările și procesele mai mult decât o definire transversală a normalității.

Din păcate, deși această normă pare să fie cea care ne interesează, ea este fixistă și deterministă. Nu se poate răspunde la întrebarea – care este rolul funcțional pentru care o persoană există? Ba mai mult, în sistemele supraiacente din care individul face parte, în câte trebuie să fie eficient, pentru a fi considerat normal?

Cercetătorii care subscriu acestei abordări pot fi recunoscuți printre reprezentanții tuturor științelor comportamentale și sociale. Cel mai tipic dintre conceptele acestei perspective este conceptualizarea epigenezei în dezvoltarea personalității și cele opt stadii de dezvoltare esențiale în atingerea funcționalității adulte mature.

DESPRE CONCEPTUL DE SĂNĂTATE

După **W. Boehm**, normalitatea (sănătatea mintală) este condiția de funcționalitate socială, impusă și acceptată de societate în scopul realizării personale.

De aceea normalitatea ne pare mai bine definită în dinamică, în sensul adaptării armonice în fiecare moment al existenței, în funcție de mediul său, istoria sa și a colectivității sale, ca o rezultantă a calității raportului personalitate/mediu și nu ca o absență a bolii sau a posibilității de "plutire" într-un câmp de forțe contradictorii.

Putem deci considera normalitatea drept posibilitatea unei istorii echilibrate a subiectului, iar dimensiunile ei, drept totalitatea proceselor de adaptare la mediu conform modelului general al speciei (posibilităților de răspuns al marii majorități a colectivității).

Normalitatea trebuie să ne apară ca o sumă de ritmuri: biochimice, fiziologice afective, relaționale, motivaționale, adaptate armonic solicitărilor din mediu și concordante cu răspunsurile majorității membrilor comunității (conform modelului speciei).

Pentru a simplifica demersul spre conceptul de normalitate și pentru a evita construirea unui model imperfect al acestuia, ni se pare operant a postula existența lui ca un dat al realității umane sau, mai corect spus, ca o dominantă a acesteia.

Sănătatea umană poate fi considerată o stare înscrisă în perimetrul care definește normalitatea existenței individului semnificând menținerea *echilibrului structural* al persoanei (în plan corporal-biologic și psihic conștient) atât în perspectiva internă (a raportului reciproc al subsistemelor în conformitate cu sinteza ansamblului, a conformității

stărilor sistemului în raport cu normele generale ale speciei, ale vârstei, ale sexului), cât și în perspectiva externă, a echilibrului adaptativ dintre individ și mediul său ambiant concret.

G. Cornuțiu (1998) afirmă că un om sănătos psihic este acela care trăiește și afirmă o stare de confort psihic într-o coerență și globalitate care nu este sesizată nici un moment în mod fragmentar și într-o continuitate care presupune o dominantă a sentimentelor pozitive constructive și optimiste față de cele negative. Omul sănătos psihic este activ și are plăcerea acestei activități, o caută, este voluntar, vrea să se afirme, să se împlinească. El are un set de valori ierarhizate și voluntare pe care le promovează.

După **M. Lăzărescu (1995)** sănătatea presupune o *perspectivă dinamică* prin care se precizează modalitățile normal-sănătoase de structurare și funcționare a individului la diverse vârste, capacitatea sa de dezvoltare, maturare, independentizare, complexificare, precum și capacitatea de a depăși sintetic diversele situații reactive și stresante. **E. Fromm** leagă conceptul realizării individului în concordanță cu restul indivizilor din comunitatea respectivă, care este în continuă schimbare, în permanent progres, într-o permanentă căutare. Credem că putem adăuga că problema normalității trebuie corelată cu însăși dezvoltarea comunității respective, ținând seama de particularitățile fiecărei etape pe care o parcurge.

O altă corelație trebuie făcută cu etapele de vârstă ale subiectului: copilărie, adolescență, adult, vârstnic, deoarece în fiecare etapă a dezvoltării sale, subiectul poate avea o poziție diferită față de unul și același eveniment.

Krafft consideră că un individ reacționează în mod normal, dacă în cursul dezvoltării sale se arată a fi capabil de o adaptare flexibilă față de situațiile conflictuale, când este capabil să suporte frustrările și anxietatea care rezultă din ele.

Pamfil vede normalitatea ca un echilibru între organism și factorii de mediu.

Klinederg o admite ca pe o stare care permite dezvoltarea optimă fizică, intelectuală și emoțională a individului care să-l facă asemănător cu ceilalți indivizi.

În ultima perioadă, accentul se pune pe adaptarea social-comunitară, specificitatea normalului căpătând nuanțe diferite în funcție de nivelul economico-social și cultural al unei comunități. **Mead**, **Linton** și **Hallowell** au arătat dependența conceptului de caracteristicile transculturale.

D. Lagache, sintetizând datele expuse de **Hartman** și **Murray**, descrie următoarele caracteristici principale ale sănătății mintale: capacitatea de a produce și de a tolera tensiuni suficient de mari, de a le reduce într-o formă satisfăcătoare pentru individ; capacitatea de a organiza un plan de viață care să permită satisfacerea periodică și armonioasă a majorității nevoilor și progresul către scopurile cele mai îndepărtate; capacitatea de adaptare a propriilor aspirații la grup; capacitatea de a-și adapta conduita la diferite moduri de relații cu ceilalți indivizi; capacitatea de identificare atât cu forțele conservatoare, cât și cu cele creatoare ale societății.

DESPRE CONCEPTUL DE ANORMALITATE

Anormalitatea este o îndepărtare de normă al cărei sens pozitiv sau negativ rămâne indiferent în ceea ce privește definirea în sine a zonei de definiție. Sensul este

important în perspectivă calitativă. Astfel, antropologic, în zona pozitivă se află persoanele excepționale, geniile, care joacă un rol creator în istoria omenirii, în instituirea progresului. Invers, patologia, boala, se referă la îndepărtarea de normă în sens negativ, spre minus, spre deficit funcțional și de performanță, spre dizarmonie, dezorganizare, destructurare.

În opinia lui **M. Lăzărescu** domeniul bolii *"se îndepărtează de norma ideală a comunității în sensul deficitului, al neîmplinirii persoanei umane ce eșuează în zona dizarmoniei nefuncționale, necreatoare."* Trecerea spre patologie a subiectului este însoțită de disfuncționalitatea acestuia în sistemul în care este integrat.

Majoritatea definițiilor și circumscrierilor normalității și anormalității sunt vagi, insuficiente pentru a sta la baza unor definiții operaționale riguroase.

Reacția biologică sub formă de stres este normală între anumite limite, la fel ca reacția psihică la spaime sau pierderi. Modificările bio-psihice din etapele critice ale dezvoltării cum ar fi cele din pubertate sau climax pot fi patologice dacă se întâlnesc la alte vârste ș.a. În definirea stării de sănătate sau de boală joacă un rol parțial, dar foarte important, perspectiva subiectivă, felul în care subiectul se resimte și se autoevaluează. Totuși, nici acest criteriu nu este suficient: de obicei, omul bolnav „nu se simte bine", are dureri, se autoapreciază deformat, suferă, dar uneori, în psihiatrie starea de „bine subiectiv" poate fi concomitentă cu o stare de boală așa cum se întâmplă în sindromul maniacal. În patologia umană joacă un rol important *dimensiunea interpersonală*, a capacității de iubire și prietenie echilibrată, precum și *perspectiva socială*, nivelul și modul de „funcționare socială" a persoanei și opinia colectivității privitoare la normalitatea și sănătatea psihică a unui individ, la faptul dacă i se pot încredința responsabilități comunitare. Cu toate acestea și ultimile criterii sunt relative și insuficiente. Ele depind de incidența obiceiurilor, mentalităților, normelor și ideologiilor, a imaginii pe care sănătatea și boala o au într-o anumită civilizație.

Legătura anormalității comportamentale cu boala psihică și, implicit, cu psihiatria, a însoțit evoluția socio-culturală a umanității încă de la cele mai vechi atestări documentare cunoscute. Anormalitatea (abatere de la un model comportamental mediu, fie că acesta este statistic, ideal sau procesual, acceptat de membrii unei societăți determinate în timp și spațiu) nu se identifică cu patologicul, deși se poate suprapune cu acesta; este în esență o noțiune mult mai largă, care caracterizează o serie de fapte comportamentale cu aspect contrar așteptărilor și normelor în vigoare. **J. Delay** și **P. Pichot** consideră că anormalul reprezintă o abatere calitativă și funcțională de la valoarea și semnificația generală a modelului uman. Se poate observa cum domeniul anormalității se constituie ca o zonă de trecere între normal și patologic, reprezentând un proces de continuitate între cei doi termeni. O analiză istorică poate justifica teza menționată mai sus, arătând că sub raportul integrării socio-profesionale, gradul de permisivitate al societății față de abaterile individuale descrește odată cu trecerea timpului, fără ca acesta să aibă o semnificație asupra frecvenței bolilor mintale. Dacă pentru un grup restrâns de ocupații (agricultori, ostași, meșteșugari), „selecția profesională" începea „ex ovo" (breslele), iar numărul operațiilor și cunoștințelor era limitat, putând compensa enorme deficiențe caracteriale, intelectuale sau fizice (acestea din urmă într-o măsură mult mai mică), în condițiile revoluției tehnico-științifice solicitările socio-profesionale și ritmul de producție discriminează drept anormali o serie largă de indivizi,

inapți pentru integrarea în diverse grupuri profesionale specifice, care nu sunt decât în mod potențial și probabilistic candidați la boala psihică. Astfel, dacă lui Hercule (model acceptat ca normal, ba chiar divinizat pentru faptele sale de vitejie) majoritatea psihiatrilor îi recunosc grave tulburări de tip epileptic, chiar din descrierile contemporanilor (crize grand mal, furror epilepticus), astăzi simpla evocare anamnestică a crizei l-ar face inapt pentru serviciul militar pe orice subiect. Dacă regele Saul își putea conduce poporul în pofida frecventelor episoade depresive sau maniacale, care fac obiectul unor descrieri celebre, el suferind de psihoză afectivă bipolară, astăzi normele care protejează societatea și implicit subiectul suferind, îi refuză acordarea dreptului de a conduce autovehicule etc.

Aparenta creștere a exigenței normative față de individ este generată, într-o mare măsură de posibilitățile societății contemporane care, prin multiplele ei canale de circulație a informației, poate oferi ființei umane o poziție mai clar definibilă și determinabilă în cadrul universului uman. Se poate spune că în epoci mai vechi societatea umană a considerat ca normale tulburări comportamentale evidente, sesizabile de oricare dintre membrii comunității. Descrierile acestor comportamente nu au făcut obiectul unor studii științifice, deși au fost adesea înregistrate de fina caligrafie a istoricilor și scriitorilor. Apariția tardivă a psihologiei și psihiatriei a făcut posibilă proliferarea acestui tip de descrieri empirice și nesistematice, care au generat o serie de concepții greșite și de credințe cu largă circulație în rândul celor mai diverse categorii sociale.

Credința că un comportament anormal trebuie să fie cu necesitate și bizar este una dintre cele mai răspândite, generând prin analogia anormal-boală psihică, imaginea unui bolnav psihic care prezintă manifestări extrem de neobișnuite și net diferite de elementele comportamentului obișnuit.

O altă prejudecată foarte apropiată de cea descrisă mai sus este aceea că între normal și anormal s-ar putea face o netă delimitare, ba mai mult, că această delimitare ar fi la îndemâna oricui, după criterii individuale. Prezentarea anormalului și a comportamentului său ca eludând regulile obișnuite ale moralei, frecventă în literatură, a generat prejudecata că anormalitatea este o rușine și o pedeapsă, iar acest lucru a creat și opinia că boala psihică, prin analogie, are aceeași semnificație.

Caracterul ereditar al anormalității, ca și teama exagerată de unele anomalii comportamentale personale, sunt alte prejudecăți având aceeași origine. Un efect nedorit l-a avut și opinia că o abatere extremă de la normal, indiferent de natura ei, este patologică. Urmărind acest raționament, **Lombroso** a lansat a doua sa teză de tristă celebritate (prima fiind cea a criminalului înnăscut) – aceea a geniului ca nebunie. De fapt, între cei doi termeni nu poate exista decât aceeași relație *posibilă* între orice nivel de inteligență și boala psihică.

DESPRE COMPORTAMENTELE ANORMALE

Coleman și Broen stabilesc o serie de termeni care se referă la comportamente anormale ca: boală psihică, comportament neadecvat, tulburări emoționale, tulburări comportamentale, tulburări psihice – arătând că nici unul dintre aceștia nu este suficient de clar pentru delimitarea sferei unui asemenea comportament care variază în funcție

de o serie de criterii şi modele. În acest sens prezentăm, în viziunea concepţiilor care pun la baza explicării modelului comportamental uman, explicaţii diferite privind semnificaţia comportamentului anormal.

Modelul	*Sănătatea mintală*	*Comportament anormal*
- psihiatric	*- abilitatea de satisfacere a necesităţilor instinctuale în limitele impuse de societate*	*- dezvoltarea greşită sau exagerată a măsurilor de apărare, însoţite de anxietate*
- comportamentalist	*- adaptare deschisă la stimulii din mediu*	*- adaptare ineficientă prin învăţarea unor comportamente inadecvate şi incapacitate de corectare*
- umanistic	*- împlinirea tendintelor naturale faţă de orientarea şi împlinirea de sine*	*- incapacitatea de dezvoltare pe deplin a personalităţii prin blocarea sau distorsionarea acestor tendinţe către automulţumire*
- existenţial	*- libertatea de a decide conştient*	*- incapacitatea realizării identităţii adecvate de sine şi a înţelegerii sensului vieţii*
- interpersonal	*- realizarea de relaţii interpersonale*	*- rezistenţa faţă de relaţii interpersonale şi acomodare de tip patologic*

După **C. Enăchescu**, se deosebesc patru tipuri de comportamente anormale:

- comportamentul de tip criză biopsihologică de dezvoltare sau involuţie (pubertate, adolescenţă, climax, andropauză), cu caracter pasager şi reversibil;
- comportamentul de tip carenţial (legat de stări de frustrare afectivă, carenţe educaţionale, disfuncţii familiale şi în modul de viaţă), ce creează dificultăţi de adaptare;
- comportamentul de tip sociopatic, constând din conduite delictuale agresive, toxicomanice sau de furie, cu caracter recurent sau episodic;
- comportamentul de tip patologic, parţial sau deloc reversibil, de natură exogenă, endogenă sau mixtă, cu intensităţi şi forme variabile (stări reactive, nevroze, psihopatii, psihogenii, endogenii).

Un model pluriaxial de definire a normalităţii ar trebui să cuprindă (după **Purushtov**):

- criteriul existenţei la individ a unor stări de insecuritate, teamă, apatie, anxietate;
- criteriul explicării printr-o patologie fizică a comportamentului dezadaptativ;
- criteriul contextului social (normele şi valorile socio-culturale existente la un moment dat) în care se produce comportamentul;
- criteriul diminuării randamentului şi eficienţei individului.

K. Schneider afirma că orice persoană definită printr-o trăsătură aparte de caracter trebuie considerată anormală (celebra sa definiție „persoanele psihopatice sunt persoane anormale, anormalitate din cauza căreia suferă și ei și societatea"); el accentua asupra comportamentului, sperând să desprindă dintr-un grup imens, un subgrup care să poată fi analizat. Acest demers s-a lovit de „un penibil eșec" (**Kolle**), criteriul de anormalitate presupus de el fiind însăși diveristatea personalității umane.

Cu atât mai mult, aceste aserțiuni sunt valabile în ceea ce privește sănătatea și boala mintală. În domeniul evaluării sănătății psihice a adultului au mai fost folosite o serie de criterii care să permită delimitarea de boală:

- capacitatea de autonomie, de independență psiho-conștientă a subiectului;
- o corectă și adecvată autorecepție și autoapreciere;
- percepția, reprezentarea și înțelegerea corectă, adecvată comunitar, a realității;
- capacitatea de creștere și dezvoltare armonioasă a individului, în sensul unei realizări de sine în raport cu un model ideal personal articulat armonic și eficient cu perspectiva socio-culturală;
- capacitatea de creație.

DESPRE CONCEPTUL DE BOALĂ PSIHICĂ

Pentru înțelegerea dinamicii raportului sănătate-boală, trebuie să apelăm la noțiunea de proces patologic. În acest sens, boala reprezintă o formă de existență a materiei vii caracterizată prin apariția procesului ce implică tulburarea unității forțelor din organism (integritatea) și a organismului cu mediul (integrarea). Boala umană se caracterizează, în general, prin perturbarea la diverse nivele și din variate incidente a structurilor funcționale ale individului în perspectivă corporal-biologică sau psihic-conștientă. Perturbarea indusă de boală determină un minus și o dizarmonie a ansamblului unitar al persoanei, dificultăți obiective și subiective în prezența, adaptarea și eficiența în cadrul vieții sociale, dezadaptarea, involuția, moartea nefirească (prin accident) ori evoluția spre constituirea defectualității sau deteriorării grave.

Boala psihică trebuie considerată ca interesând întreaga ființă umană în complexitatea ei biologică, psihologică, axiologică și socială. Apare deci evident, ca analiza normalității psihice, a psihismului văzut ca un "multiplex", să implice nu numai corelații biologice, ci și sociale, culturale, epistemologice și dinamice.

După **M. Lăzărescu**, *boala psihică constă într-o denivelare (simplificare), dezorganizare (destructurare), dezechilibrare (dizarmonie) a vieții psihice conștiente a persoanei.* Psihismul subiectului se reorganizează la un nivel inferior, prezentând manifestări care nu sunt evidente în starea normală. Această disfuncționalitate se datorează fie absenței instanțelor psihice superioare, fie efortului constituit de încercarea de reechilibrare, de reorganizare în situația deficitară dată.

Ecosistemul uman în care se manifestă sănătatea și boala nu este izolat și nici static. Conținutul conceptului de sănătate mintală este determinat de calitatea raportului personalitate-mediu. În condițiile vieții contemporane, relațiile omului cu factorii de mediu s-au complicat. Ele nu se realizează exclusiv prin mecanisme biologice, ci sunt

dependente și de factorii socio-culturali, care se adaugă și mijlocesc relațiile dintre om și natură. Deci socialul nu poate fi separat, dar nici identificat cu naturalul. Nu putem să nu reținem că este caracteristic contemporaneității, faptul că dezvoltarea tuturor laturilor vieții sociale a devenit tot mai dependentă de natură, de rezervele ei, de echilibrul ecologic. Relațiile ecologice om-natură-societate, trebuie privite prin interacțiunea lor, cu evidențierea contradicțiilor ce pot apărea în cadrul interacțiunii dintre mediul social și individual. În opinia lui **N. Mărgineanu (1973)** sănătatea exprimă echilibrul dinamic dintre ființă și lume, iar boala rezultă din dezechilibrul ființei cu lumea, din lupta lor asimetrică și dizarmonioasă ce contrazice nu numai logosul în evoluție al ființei, ci și pe cel al lumii și al societății. Dacă în conflictul dintre ființă și mediu individul reușește să învingă starea de tensiune care izvorăște din golul de adaptare pe care acesta îl reprezintă, atunci își va păstra sănătatea. În caz contrar, el va ajunge la boală.

Capacitatea subiectului de a se autoadministra rațional, diminuă și perturbă libertatea lui interioară. Comunicarea interpersonală, intersubiectivitatea, capacitatea de integrare a persoanei în plan socio-cultural sunt de asemenea grav afectate, iar în formele severe ale bolii psihice individul apare ca o ființă „alienată", înstrăinată de viața comunitară socio-spirituală, desprinsă de însăși existența umană. *Boala psihică anulează capacitatea de autodepășire și de creație a subiectului și poate conduce la diverse forme și intensități de* ***defect psihic*** **(M. Lăzărescu, 1995).**

Boala se referă, în genere, la o stare anormală cu o cauzalitate determinată, cu un debut precizabil (apare la un moment dat mai mult sau mai puțin favorabil apariției sale), are un anumit tablou clinic, un anumit substrat, o anumită tendință evolutivă și un răspuns terapeutic specific. Un om devine bolnav psihic din momentul în care nu-și mai este suficient sieși făcând eforturi pentru a se accepta ori neacceptându-se, neacceptându-i nici pe alții, acordând o atenție și o preocupare crescută pentru propriul corp, propria persoană, interogând fără a-și găsi răspunsul și liniștea în propriile valori, ori lipsindu-se de valori (**G. Cornuțiu, 1998**).

Boala psihică este și va rămâne o dimensiune (poate cea mai tragică) a ființei umane și prin aceasta ea va cuprinde întotdeauna tot ceea ce alcătuiește umanul din noi. Dar ea va fi și absența libertății interioare a subiectului, incapacitatea de a se adapta armonios în mijlocul colectivității și imposibilitatea de a creea pentru semeni, prin și cu ei. În acest sens, boala va dezorganiza esența umană în tot ce are ea definitoriu.

CAPITOLUL 3

ADAPTARE, STRES ŞI MECANISME DE APĂRARE

"După piedici şi înfrângeri, oamenii se dezvoltă cu mai multă modestie şi înţelepciune".

Benjamin Franklin

Conceptul de adaptare
Starea de sănătate
Conceptul de stres
Trăsături de personalitate în determinarea bolilor
Mecanisme de apărare
Resurse sociale

DESPRE CONCEPTUL DE ADAPTARE

Extraordinarul progres făcut în ştiinţele care au ca obiect starea de sănătate sunt urmarea unei revoluţii în teorie şi practică, constituind premize ale unei schimbări radicale ale noţiunilor tradiţionale despre natura umană a stării de sănătate şi boală.

În centrul acestei revoluţii se află comportamentul uman, determinările sale din cadrul social şi existenţa unor criterii diferite pentru înţelegerea etiologiei, tratamentului şi prevenirii multor tulburări medicale atribuite numai substraturilor biologice. Această revoluţie încurajează dezvoltarea şi creşterea multor noi specialităţi subdisciplinare incluzând psihologia stării de sănătate, psihologia medicală, comportamentul medical.

Dintre categoriile de comportamente umane care sunt cercetate cu atenţie specială de cercetătorii şi practicienii care privesc starea de sănătate sub acest unghi, considerat de mulţi revoluţionar, adaptarea a apărut ca una dintre cele mai importante teme de investigaţie.

Prezentă la orice formă de psihism, adaptarea este implicată în toate tipurile de reacţii întâlnite la om, după cum poate fi identificată chiar şi în secvenţele constitutive ale unor subsisteme psihice ale personalităţii. În acest sens, este cazul să consemnăm opinia marelui psiholog **J. Piaget**, pentru care legile fundamentale după care funcţionează psihicul uman sunt asimilarea şi acomodarea, ambele cu evidente implicaţii adaptative. Pentru **Piaget** adaptarea este „un echilibru între asimilare şi acomodare, cu alte cuvinte un echilibru al schimburilor dintre subiect şi obiecte".

Adaptarea este un pattern comportamental pozitiv, care poate fi folosit la reducerea stresorilor și stresului asociat unei boli. Într-o scurtă perioadă de timp conceptul va fi folosit ca un important determinant al sănătății și bolii comunităților umane și profesionale și, de asemenea, se va vorbi despre managementul stresului și reducerea stresului prin adaptare eficientă.

După introducerea sa (**Lazarus, 1966**), termenul de adaptare a fost folosit prioritar de cercetători iar răspândirea lui nu a fost spectaculoasă.

De fapt, în cinci ani, între 1968 și 1973, mai puțin de douăzecișicinci de apariții au putut fi listate într-o mare revistă de psihologie. Abia anul 1973 este cel al consacrării conceptului de adaptare ca teorie importantă a științei și cercetării medicale (**Schener, 1987**).

Este de consemnat de asemenea că lucrarea: "Manualul de statistică și diagnostic a tulburărilor mintale" (DSM-III) a Asociației Americane de Psihiatrie, publicată în 1980, a inclus funcțiile adaptative, sau adaptarea, ca Axa 5 a clasificării sale multiaxiale. Dar inițial, această axă nu a primit prea mare atenție în literatura de cercetare psihiatrică.

Ultimele două decenii au însemnat o creștere logaritmică a publicațiilor despre adaptare ceea ce demonstrează interesul pentru această temă. Popularitatea acestui concept sugerează că a devenit una dintre cele mai puternice constructe din psihologia contemporană. Aceste apariții s-au semnalat nu numai în Statele Unite și Canada, dar și în Europa și Australia (**Kebler, Brom, Defares, 1992**).

Schener (**1987**), trece în revistă mai mult de 100 de articole privind adaptarea ca rezolvare a problemelor specifice discutate în literatura de specialitate (adaptarea la cancer, viol, alcool, stres, divorț, boli incurabile etc.).

Importanța adaptării eficiente și ingenioase la stres prin mecanisme de adaptare mature, ca o cheie a supraviețuirii este recunoscută de **G. Villant** (1987) care scrie *"Hans Selye a greșit! Nu stresul este cel care ne ucide, dar adaptarea eficientă la stres ne permite să trăim"*.

Conceptul de adaptare a făcut posibil pentru cercetători și practicieni să vorbească mai mult de capacități decât de incapacități, de realizare decât de eșec, despre sănătate decât despre starea de boală.

În multe cercetări adaptarea a devenit baza unor noi orientări ca înțelegere și preocupare pentru sănătate, tratament și prevenirea bolilor.

Termenul din limba engleză – coping (adaptare) *"a face față unei situații"* își află originea în vechiul grecesc "kolaphos", care înseamnă "a lovi". La început, acesta însemna "a se întâlni", "a se ciocni de", "a se lovi de". Azi, înțelesurile inițiale au evoluat într-o definiție care implică sensul primar, dar la care se adaugă noi conotații. (Ex.:"Dicționarul Webster" – 1979 definește copingul ca *"a lupta cu succes, a face tot posibilul"* sau în termeni echivalenți *„a fi mai mult decât".)*

Credem că este utilă trecerea în revistă exhaustivă a sensurilor care s-au atribuit adaptării (coping in) de către principalii autori anglo-saxoni care au acreditat și dezvoltat conceptul:

a. "Adaptarea include întâlnirea a ceva nou, a ceva care n-a mai fost întâlnit: întâlnirea unei situații inedite, unui obstacol sau unui conflict. Adaptarea include elementul mijloc-scop în procesul activității." (**Murphy, 1962**).
b. "Adaptarea reprezintă toate activitățile cognitive și motorii pe care o persoană suferindă le folosește pentru a-și menține funcționalitatea fizică,

integritatea psihică, pentru a-și redobândi echilibrul funcțional și a compensa la limita posibilului pierderile ireversibile" (**Lipowski**, **1970**).

c. "Adaptarea este o unitate de acoperire și un pattern clar de comportament prin care organismul poate preveni activ, ușura sau răspunde la circumstanțele care induc stresul" (**McGath**, **1970**).
d. "Comportamentul adaptativ este o cale conștientă și inconștientă folosită de oameni pentru a se acomoda la cerințele mediului înconjurător, fără să le schimbe scopurile și obiectivele" (**Coly**, **1973**).
e. "Adaptarea se referă la orice răspuns sau la orice provocare externă care servește la prevenirea, evitarea sau controlul perturbărilor emoționale" (**Pearlin** și **Schooler**, **1978**).
f. "Răspunsurile de adaptare reprezintă unele lucruri pe care oamenii le fac, și anume, eforturile lor concrete de a rezolva provocările externe, asumându-și diverse roluri" (**Pearlin** și **Schooler**, **1978**).
g. "Adaptarea este efortul împreună cu acțiunea orientată și acțiunea psihică de a conduce (tolera, reduce, minimaliza) cerințele interne și externe și conflictele care apar odată cu aceste cerințe și care scad sau epuizează resursele persoanei (**Lazarus și Launier**, **1978**).
h. "Adaptarea este definită ca un efort cognitiv și comportamental, făcut pentru a stăpâni, tolera sau reduce cerințele interne și externe, și conflictele care apar odată cu aceste cerințe (**Folkman** și **Lazarus**, **1980**).
i. "Adaptarea se referă la comportamentul care protejează oamenii de neplăcerile experiențelor dificile prin care sunt nevoiți să treacă" (**Rodin**, **1980**).
j. "Adaptarea este încercarea de a învinge dificultățile. Este o ciocnire la care oamenii odată ajunși folosesc resursele interne și externe pentru a reuși să echilibreze impactul produs de dificultăți" (**Haan**, **1982**).
k. "Adaptarea este o permanentă schimbare a eforturilor cognitive și comportamentale care organizează specific cerințele interne pentru a administra cererile externe și/sau interne pentru a preveni scăderea sau epuizarea resurselor persoanei" (**Folkman** și **Lazarus**, **1984**).
l. "Adaptarea reprezintă acele comportamente și gânduri care sunt conștient utilizate de către individ pentru a conduce sau controla efectele anticipării sau trăirii unor situații stresante (**Stone** și **Neale**, **1984**).
m. "Adaptarea reprezintă orice efort sănătos sau nesănătos, conștient sau inconștient de a preveni, elimina sau scădea stresorii sau de suporta efectele lor cu cât mai puține daune" (**Matheny**, **Aycock**, **Curlette** și **Cannella**, **1986**).

Aceste definiții subliniază câteva elemente cheie:

- folosirea resurselor;
- gândire și/sau comportament activ;
- reducerea nevoilor interne și/sau externe prin găsirea de soluții și rezolvarea eficientă a próblemelor;
- variațiile în ceea ce privește scopul sau ținta adaptării.

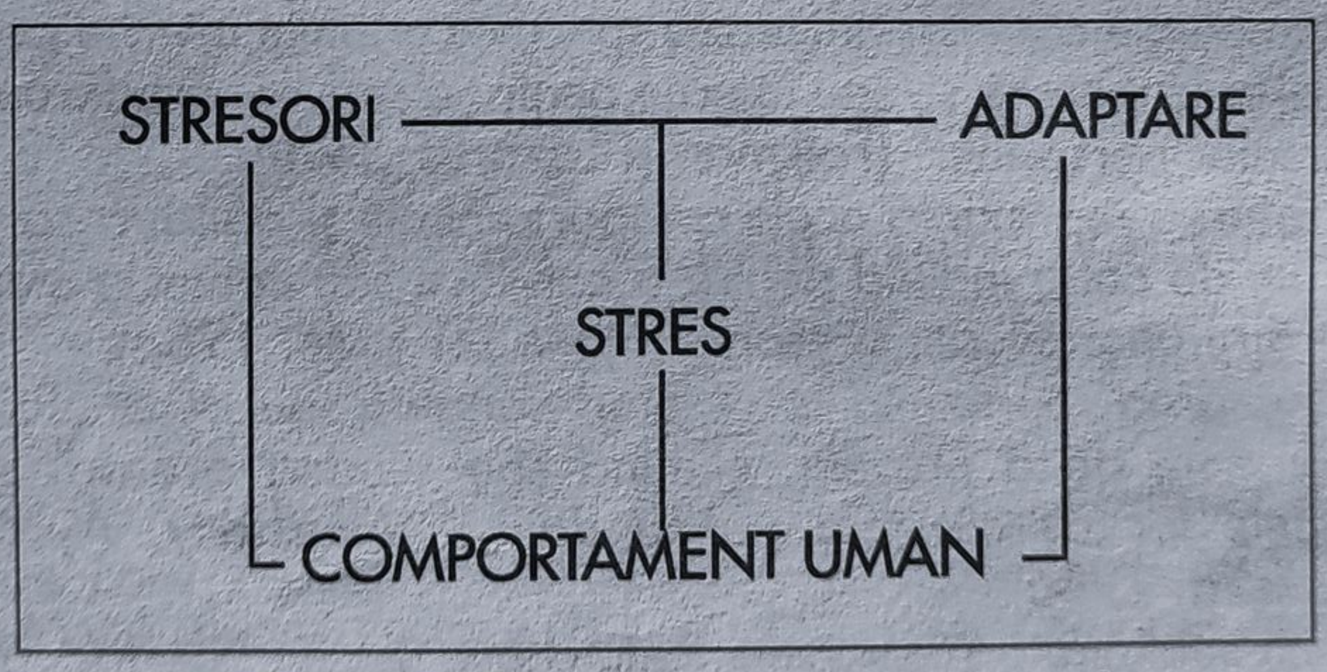
Concordanța acestor definiții oferă o nouă și extinsă definiție a adaptării care include elementele esențiale ale definițiilor anterioare: "Adaptarea este promovarea creșterii și dezvoltării umane prin utilizarea activă a resurselor biopsihosociale care participă la controlul, stăpânirea și prevenirea stresului generat de condiții externe/interne".

Această definiție ne face să înțelegem natura activă a folosirii de către organism a resurselor de care dispune. Ea subliniază rolul important al funcțiilor de adaptare în autoprotecția organismului și scoate în evidență că abilitățile și capacitățile deosebite ale indivizilor joacă un rol important în rezolvarea cu succes a problemelor, conflictelor și celorlalte nevoi cu care se confruntă organismul. În sfârșit, adaptarea este baza pentru supraviețuirea și evoluția individului și a grupului.

Deși caracterizează întreaga materie vie și definește una din trăsăturile fundamentale ale acesteia, aceea de a se adapta morfologic și funcțional la caracteristicile mediului filo- și ontogenetic, adaptarea este una dintre laturile cele mai specifice ale personalității umane. Ea însumează ansamblul reacțiilor prin care un individ își ajustează structura sau comportamentul pentru a putea *„răspunde armonios condițiilor unui mediu determinat sau a unor experiențe noi"* (**Sutter**). Procesul de adaptare, este în cazul ființei umane, biunivoc, având și o funcție de transformare și adecvare a mediului aflat în dinamică, în raport cu necesitățile și posibilitățile individului. Adaptarea umană nu este deci pasivă, ci dinamică și creatoare. Complexitatea antroposferei, necesită un permanent efort realizat prin procesele adaptative de integrare și reglare, care fac posibilă utilizarea optimă a rezervelor funcționale, precum și refacerea acestora în perioadele în care solicitarea încetează. În acest fel este menținută homeostazia organismului, precum și fiabilitatea lui în funcționare. În 1907, **H.Selye** introduce termenul de sindrom de adaptare în patologia generală, definindu-l ca un ansamblu de reacții prin care organismul răspunde la o acțiune agresivă – stres.

Pornind de la acest concept, organismul uman se află într-o relație simultană și reciprocă cu mediul exterior.

Adaptarea, rezultanta acestei relații, depinde de fiecare dintre cei doi factori participanți, fiecare devenind un determinant și un produs al relației. Comportamentul uman este un proces de adaptare dezvoltat, menținut și schimbat de aceste relații simultane și reciproce (**Marsella, 1984**).



Marsella, Escudero și Santiago (1969) și Marsella, Escudero și Gordon (1972) au fost primii cercetători care au propus interacțiunea stres-adaptare ca un model psihopatologic în care interacțiunea simultană organism-mediu extern a fost considerată ca generator de patternuri de tulburare și reglare.

Marsella (1969, 1972) postulează următoarele determinări în ceea ce privește modele simptomatice și capacitatea de rezistență la stres:

1. ființele umane și mediul lor sociocultural și fizic sunt sisteme independente;
2. comportamentul normal/anormal este produsul interacțiunii simultane a omului cu mediul;

3. organismul nu există separat de mediu, iar comportamentul nu este independent în interacțiunea organism-mediu;
4. mediul socio-cultural poate fi pus alături de stresorii de diferite categorii și de cerințele cognitiv-emoționale.

Termenul de „adaptare" a fost preluat și de psihiatrie, care a dezvoltat în context o adevărată patologie legată atât de adaptare, cât și de stres; deși aceasta nu mai este în legătură directă cu concepția inițială, urmează, în linii mari, etapele de desfășurare ale procesului de adaptare.

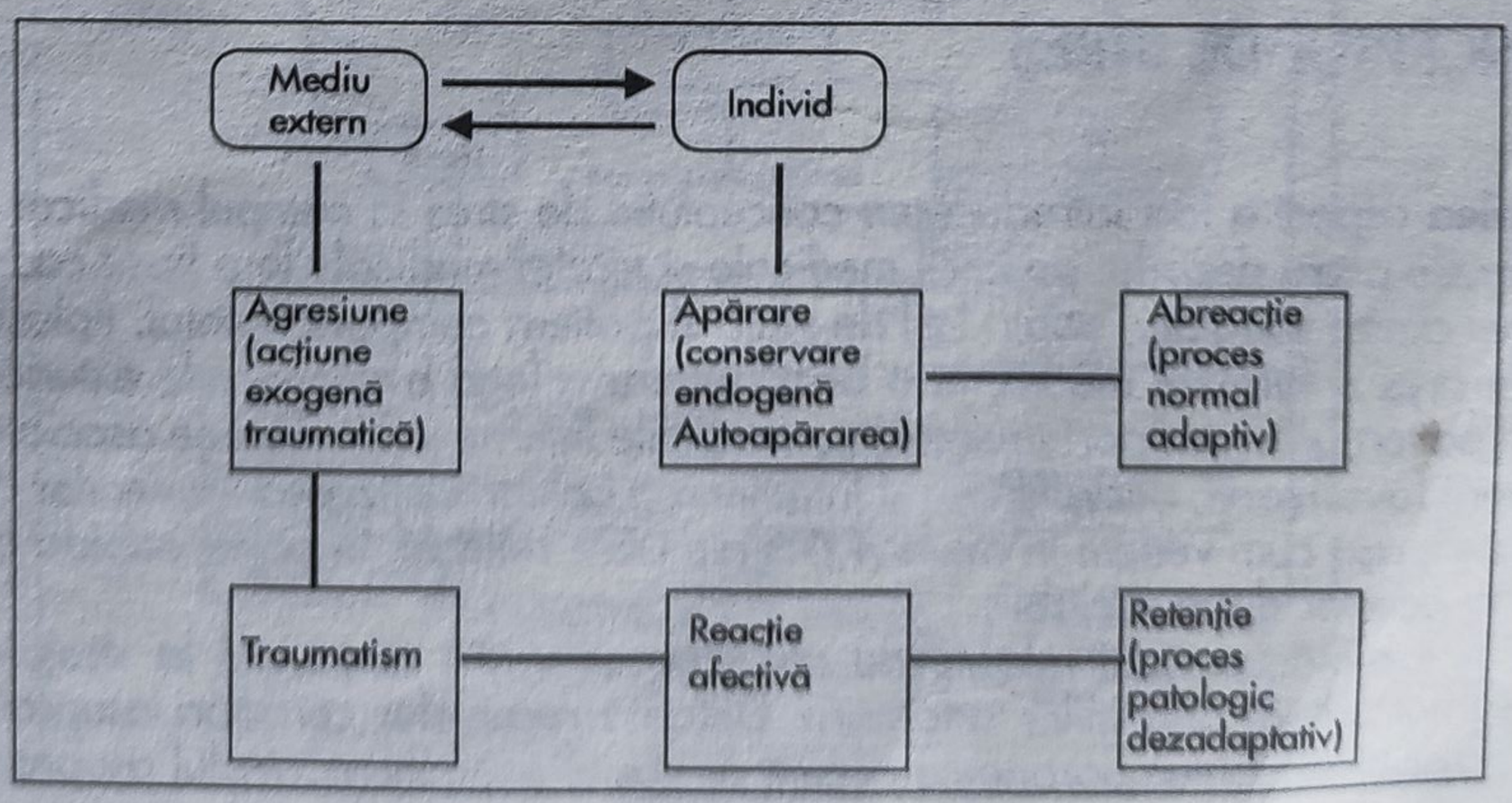
Campbell arată că *„diversele căi pe care individul le urmează cu întregul său echipament, cu echilibrul și dificultățile sale interioare, cu experiența din trecut și cu cea din prezent pentru a se adapta la viața pe care este chemat să o trăiască"* reprezintă domeniul de studiu al psihiatriei și al psihiatrului. Pentru aceasta, tulburările de adaptare ale persoanei la „situația totală" rămân problema fundamentală alături de funcțiile prin care acestea se realizează.

A. Meyer va defini boala mintală ca o adaptare greșită, insuficientă sau inadecvată. Psihanaliza va susține acest punct de vedere, considerând inadecvate acele mecanisme de adaptare care generează boala psihică. Regresia ar fi una dintre aceste inadecvări adaptative, subiectul renunțând la adaptarea la nivelul de solicitare cerut, pentru a coborî către unul mult mai redus.

J. Starobinski descrie procesul de inadaptare în următoarea secvențialitate: Urmărind patologia psihiatrică, se pot nota tulburările de adaptare ca fir al Ariadnei în întreaga nosologie psihogenă. Astfel, în reacții, între răspuns și stimul nu există nici o adecvare, primul fiind mult mai intens decât ar trebui să fie în mod normal sau este inadecvat. Același lucru este valabil și pentru dezvoltări în care acest proces se amplifică atât vertical (în dimensiunea temporală) cât și longitudinal, ca intensitate și nespecificitate.

Nevrozele reprezintă o slabă capacitate adaptativă la lume și la problemele personale, resimțite dureros de subiectul care rămâne în restul timpului „în afara jocului". După **Enăchescu** nevrozele ar apărea ca un conflict între acțiunea practică și rezultatele acesteia.

În procesele organice și în endogenii nu se mai poate vorbi despre adaptare ca mecanism fundamental declanșator sau patoplastic. Exagerările în acest sens au fost sancționate cu respingerea de către majoritatea psihiatrilor (vezi în acest sens exagerările reacționiste ale psihiatriei americane din deceniile 4-6 ca și antipsihiatria) Dezadaptarea este aici un efect și nu o cauză a bolii.



Adaptarea oferă celor care evaluează starea de sănătate și specialiștilor un nou și contrastant aspect al conceptualizării stării de sănătate și bolilor. Mai mult decât atât, focalizându-se pe tulburări, dureri, stres, destabilizări și alte dereglări ale funcțiilor umane, adaptarea ne permite să căutăm starea de sănătate, resursele, competențele și alte aspecte ale succesului funcționării umane.

DESPRE STAREA DE SĂNĂTATE

Crescutul interes pentru adaptare din ultimele două decade poate fi privit din următoarele trei perspective: primul aspect este schimbarea în definirea stării de sănătate. În trecut, starea de sănătate era definită ca absență a durerii și era secundară interesului medicilor care erau mai mult focalizați pe tulburări.

Organizația Mondială a Sănătății definea starea de sănătate ca fiind: *"o stare completă de bine din punct de vedere psihic, mental și social, și nu neapărat în absența durerii"*. Această definiție este o recunoaștere a faptului că starea de sănătate este mai mult decât absența durerii. Este o stare de armonie, o stare-de-bine cu privire la evoluția complexului biologic, psihologic și a dimensiunilor sociale ale comportamentului uman.

Adaptarea este strâns relaționată cu promovarea stării de sănătate și cu prevenirea tulburărilor (bolilor). În acord cu **Pearlin și Schooler (1978)**, adaptarea ne protejează prin:

1. eliminarea sau modificarea condițiilor care creează probleme;
2. perceperea controlului semnificației trăirilor într-o manieră prin care să se neutralizeze caracterul ei problematic;
3. păstrarea consecințelor emoționale ale problemelor în limite controlabile.

Aceste funcții prefigurează baze comportamentale pentru tratarea și prevenirea tulburărilor și pentru promovarea sănătății.

Al doilea aspect este creșterea recunoașterii că indivizii și nu medicii sunt și trebuie să fie responsabili de starea lor de sănătate. Printr-o dietă adecvată, exerciții, managementul stresului și evitarea adicțiilor, indivizii pot promova activ propria lor sănătate mai mult decât prin pasiva evitare a bolilor. Locul pe scara de valori a sănătății și responsabilitatea individuală pentru sănătate sunt legate astfel de comportamentul și stilul de viață al fiecăruia. În plus, privit din acest unghi, conceptul de adaptare oferă medicilor și cercetătorilor o șansă de a trece dincolo de psihopatologie.

CONCEPTUL DE STRES

Al treilea aspect a fost introducerea conceptului de stres în câmpul medical. Cel mai mult în ultimele patru decade, practicii medicale și teoriei medicale le-a lipsit cadrul teoretic al relației dintre sănătate, boală, stil de viață și pattern comportamental. Folosirea conceptului de stres a furnizat medicinei o bază pentru a lega evenimentele exterioare (ex.: stresorii) și patternurile comportamentale cu condițiile interne și biochimice asociate cu etiologia, factorii favorizanți, declanșarea și întreținerea bolilor. Utilizarea termenilor de "stres" și "adaptare", așa cum vedem în axele 4 și 5 ale DSM reflectă, în parte, rapida creștere a popularității acestor două variabile.

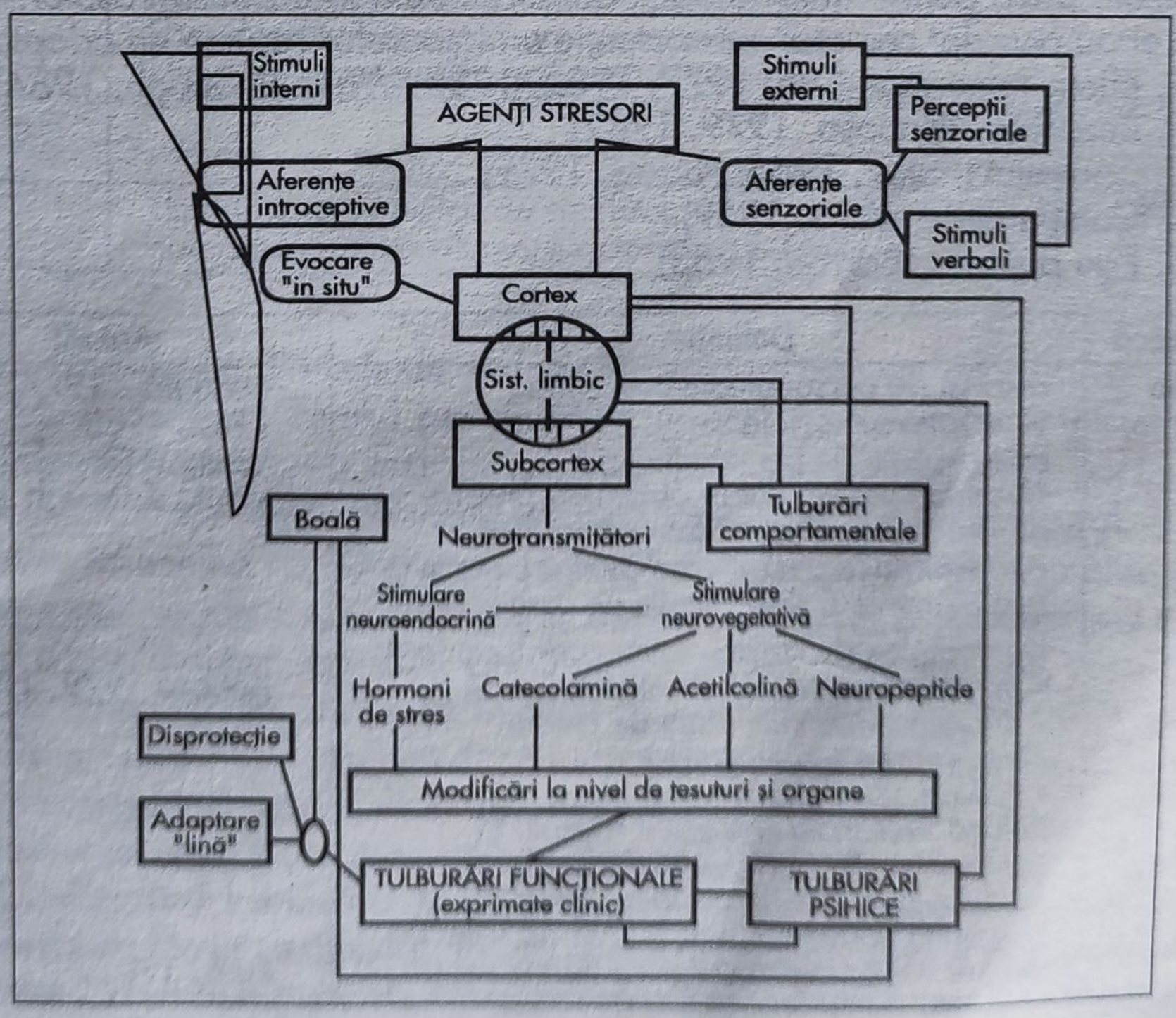
Resursele biologice sunt folosite de către organism în răspunsul la stres, așa cum notează curent autorii definițiilor adaptării. Datorită recentelor cercetări asupra stării de sănătate a societății contemporane cu accent pe dietă, exerciții, controlul asupra compor-

tamentelor dăunătoare (fumat, alcool, stres), resursele biologice au devenit comune în regimurile de control al stresului, dar adesea se folosesc mai degrabă ca un reflex, decât într-o manieră deliberată.

Conceptul de stres introdus de **Selye** indica inițial o acțiune de suprasolicitare exercitată din exterior asupra organismului care determina o reacție de adaptare nespecifică a organismului față de agresiunea care-i amenința integritatea. Conceptul a suferit reconsiderări succesive în care a fost precizată mai clar noțiunea de agent agresor sau stresor și s-a făcut extensia către așa numitul stres psihic. Cea mai largă definiție a agenților de acest tip ni se pare cea dată de **P. Fraisse (1967)** *„totalitatea conflictelor personale sau sociale ale individului care nu își găsesc soluția"*. Pentru **M. Golu** stresul psihic reprezintă o stare de tensiune, încordare și disconfort cauzată de afecte negative, de frustrare, de reprimare a unor trebuințe sau aspirații, de imposibilitatea rezolvării unor probleme. **I.B. Iamandescu** afirmă că stresul psihic are caracter primar atunci când este rezultatul unui agresiuni recepționate din sfera psihică și un caracter secundar care ar fi o reacție de însoțire sau de conștientizare a unui stres fizic sau biologic căreia i se acordă o semnificație amenințătoare sau de altă natură. **W. Huber (1992)** afirmă că natura obiectivă a stresorului este mai puțin importantă pentru sănătate ca evaluarea subiectivă pe care o persoană i-o dă.

Taylor (1990) arată că evenimentele considerate de către o persoană drept negative, necontrolabile, nepredictibile sau ambigue sunt trăite mult mai stresant de către aceasta. **Kanner și colab.(1981)** au demonstrat că stresorii minori dar care acționează continuu au același efect ca și evenimente cu semnificație stresantă majoră care se petrec punctual.

Stresul psihic antrenează ca orice alt stresor o participare complexă a întregului organism în cele două ipostaze ale sale psyche și soma. Interreacțiile generate la nivelul diferitelor componente ale psihismului au fost schematizate de **I.B. Iamandescu (1995)** astfel:



Mathney, Aycock, Pugh, Curlette și **Cannella** (1986) au sugerat că pattern-urile de adaptare se pot divide într-o categorie de stresori preventivi si o categorie de stresori combativi.

Formula lor include 4 tipuri:

1. evitarea stresorilor prin adaptarea vieții
2. adaptarea nivelului cererii
3. îndepărtarea stresului indus de patternurile comportamentale
4. descoperirea resurselor adaptării.

Categoria stresorilor combativi include 5 tipuri:

1. manifestarea stresului
2. stăpânirea resurselor
3. atacarea stresorilor
4. tolerarea stresorilor
5. scăderea iritabilității.

Comportamentele de adaptare pot fi împărțite în 4 dimensiuni independente:

1. activ-pasiv (discutând direct acțiunea, tratând despre stresori sau evitând stresorii)
2. cognitiv-emoțional (controlând stresorii angajați în activitatea cognitivă sau ținând de sfera emoțională catarsisul și expresia)
3. controlul (menținând în aparență controlul personal asupra stresorilor)
4. acțiunea psihologică/acțiunea socială (sfera autorealizării sau suportul social).

TRĂSĂTURI DE PERSONALITATE ÎN DETERMINAREA BOLILOR

De-a lungul istoriei psihologiei mulți psihologi au arătat că trăsăturile de personalitate constituie baza pentru modelarea și adaptarea umană. Dintre trăsăturile de personalitate ei au acordat cea mai mare atenție următoarelor resurse de adaptare:

1. Eficacitatea (**Bandura, 1977, 1982, 1988; Waltz și Gough, 1984**).
2. Rezistența (**Kobasa, 1979, 1982**).
3. Controlul (**Rotter, 1966; Phares, 1979**).
4. Competența (**White, 1959**).
5. Ego puternic (**Barron, 1953**).

Caracteristica	Definiție	Autorii
Eficacitatea	resursă de personalitate împreună cu învățarea socială ca trăsătură de personalitate; "credința individului în abilitatea proprie de a acționa. Eficacitatea individuală pornește de la posibilitatea de a-și pune în față planurile și deprinderile pe care le are"	Bondura - 1977, 1982, 1988 Woltg și Gough 1984 Woltg și Gough 1984
Rezistența	Un complex de caracteristici care include: - puternică înțelegere a selfului; - atitudine viguroasă față de mediu; - înțelegerea semnificațiilor; - control. Relația stres înalt/execuție – scăzută în contrast cu stres înalt/execuție foarte scăzută fiind toate caracterizate de calități asociate cu rezistența. Ridicarea unui număr de întrebări despre validitatea conceptului de rezistență.	Kobosa 1979, 1982 Funk, 1982

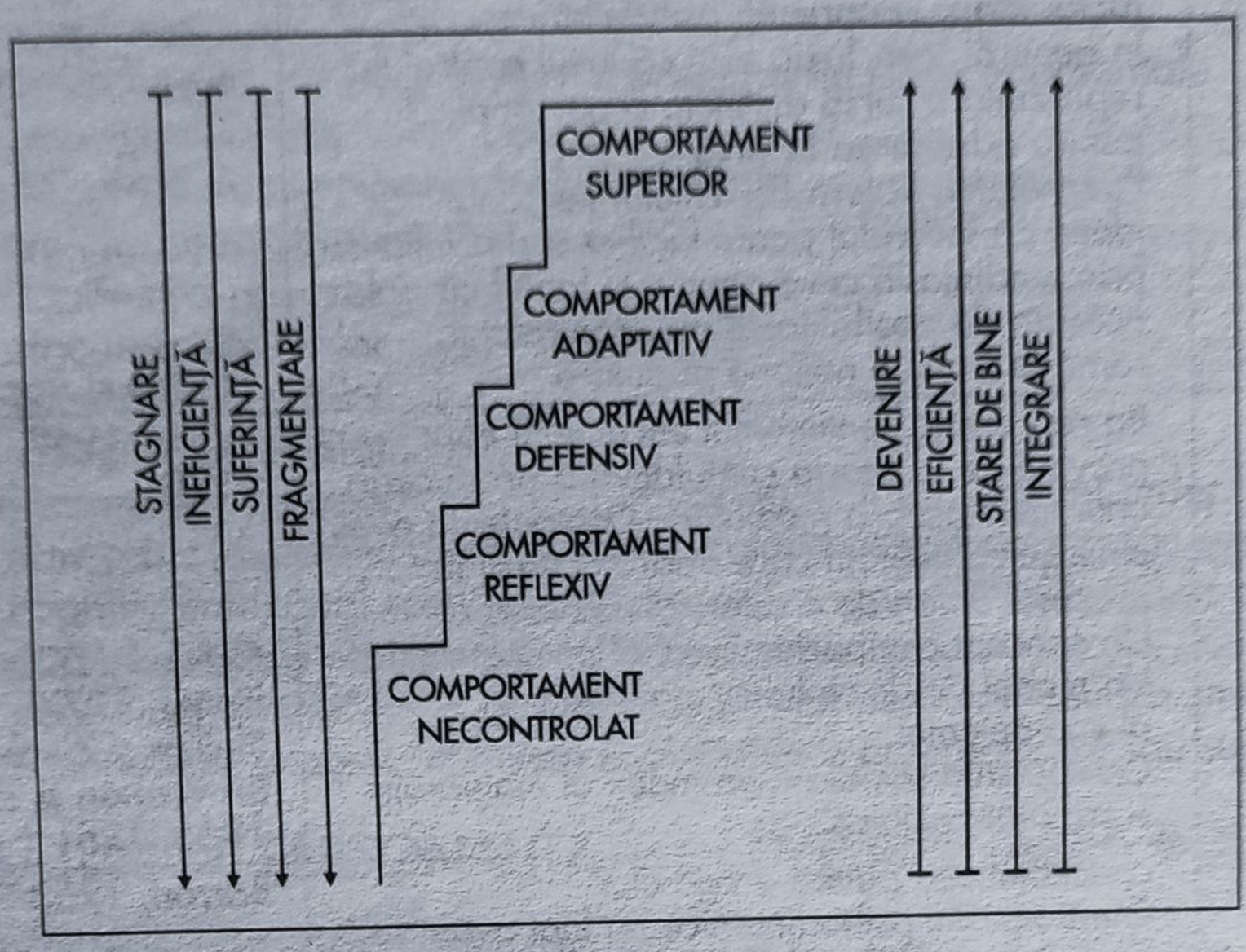
Caracteristica	Definiție	Autorii
Controlul	Un construct de personalitate În ultimii 30 de ani s-au făcut sute de studii legate de această temă. Aceste studii au inclus investigații și corelații, structură factorială și proprietăți psihometrice. În general, concluzia este că locul controlului reprezintă o sursă distinctă a personalității pentru adaptarea la stres. Pozitivitatea valorii controlului personal. Ideea că individul poate facilita și dezvolta prin credința în ceva anume și faptul că aceasta dă posibilitatea autocontrolului, rămâne totuși o noțiune populară	J. Rotter, 1966 Folkman, 1984 Steptoe și Apples, 1992
Competența	Ea reprezintă sentimentul eficacității care provine de la istoria cumulativă a producerii unui efect asupra mediului". Competența este emergență calității care apare natural în procesul uman de creștere și dezvoltare. Un concept comportamental al competenței și Un model de dezvoltare/maturitate al competenței. Competența socială – un index al maturității și sănătății psihice.	White, 1959, 1960, 1970 Golfried și D'Zurilla, 1969 Heath, 1977 Phillips și Ziegler, 1961, Broverman și Zigler, 1966, 1961
Ego puternic	conceptul de "putere a Ego-ului" Când teoriile psihodinamice au luat avânt se dezvoltă scala de măsurare a puterii Ego-ului. Mai târziu, „puterea egoului" a putut fi considerată premergătoare conceptelor de eficiență, competență, rezistență și control.	Barron, 1953
Dezvoltare morală		Rim, 1992
Umorul	Umorul este un mijloc de satisfacere narcisiacă, este o afirmare victorioasă a Eu-lui	Overholser, 1992

După cum rezultă din cele de mai sus, adaptarea este un fenomen cu vădite tente finaliste, care atinge la nivelul personalității nivelul de maximă complexitate. După părerea noastră, adaptarea este un echilibru care se stabilește între personalitate și lumea înconjurătoare, lume constituită din persoane, situații, spațiu cultural, obiecte etc.

Aceasta înseamnă că adaptarea se poate realiza atât prin mecanisme stereotipe sau scheme comportamentale asimilate și algoritmizate, cât și prin scheme comportamentale a căror finalitate este doar presupusă, urmând să fie validate, ceea ce implică chiar și asumarea riscului unui eșec. În acest context trebuie nuanțată însăși semnificația psihologică a eșecului în sensul că dacă îndeobște eșecul este, în expresia sa concretă, efectul „dezadaptării", uneori este întruchiparea explorărilor cu finalitate adaptativă, deci este semnificantul începutului unui proces de tip adaptativ.

În al doilea rând trebuie nuanțat înțelesul noțiunii de adaptare în ceea ce privește aspectul general de fenomen dinamic. Se știe că adaptarea presupune de regulă un efort adaptativ care de cele mai multe ori ia forma unor acțiuni mintale și motorii, mai mult sau mai

puţin evidente în exterior. Dar sunt destule situaţii când efortul adaptativ nu presupune declanşarea, menţinerea sau modificarea unor scheme comportamentale anume, ci întreruperea, stoparea acestora. Uneori blocarea la timpul cuvenit a unei simple reacţii sau a unei operaţii complexe este de o importanţă fundamentală pentru însăşi existenţa fizică a persoanei.



MECANISME DE APĂRARE

De la apariţia sa, termenul de *apărare* (**S. Freud 1894**) a desemnat o serie de explicaţii psihologice pentru a arăta modul în care conflictul psihic este factor etiologic determinant.

Termenul de ***psihonevroză*** a fost folosit de **Freud** pentru a desemna o serie de boli în care conflictul psihic este determinant şi a cărei etiologie este deci psihogenă. Doi ani mai târziu, în 1896 într-un articol intitulat „Noi remarci asupra psihonevrozelor de apărare", **Freud** afirma că apărarea este punctul central al mecanismelor psihice al nevrozelor luate în discuţie. Cele patru mecanisme de apărare precizate de **Freud** în aceste articole erau:

1. *conversia* afectului în isterie
2. *transpoziţia* sau *deplasarea* afectului în nevroza obsesională
   respingerea concomitentă reprezentării sau afectului sau *proiecţia* în psihoze.

În 1936 **A. Freud**, pornind de la contribuţiile tatălui său, realizează o sinteză a datelor privind mecanismele de apărare descriind ţintele şi motivele apărării.

Ulterior, **M. Klein** va descrie apărările precoce, iar o serie de psihanalişti vor relua în mod creator teoria mecanismelor de apărare, transformându-le într-un concept fundamental al practicii contemporane.

Dintre numeroasele definiţii date mecanismelor de apărare, o reţinem pe cea a lui **Widloecher (1972)** mecanismele de apărare arată diferitele tipuri de operaţii în care se poate specifica apărarea, adică forme clinice ale acestor operaţiuni defensive, şi pe cea a ***DSM-ului IV***, în care mecanismele de apărare (*styles of coping*) sunt definite ca procese psihologice automate care protejează individul de anxietate sau de perceperea

de pericole sau de factori de stres interni sau externi. Autorii DSM-ului mai fac precizarea că mecanismele de apărare constituie mediatori ai reacției subiectului la conflictele emoționale și la factori de stres externi sau interni.

Recent **Ș. Ionescu, M.M. Jacquet și C. Lhote (1997)** examinând finalitatea mecanismelor de adaptare și modul de acțiune adaptat în vederea atingerii respectivelor finalități descriu următoarele posibilități:

1. Restaurarea homeostaziei psihice;
2. Reducerea unui conflict intrapsihic;
3. Diminuarea angoasei născută din conflictele interioare între exigențele instinctuale și legile morale și sociale;
4. Stăpânirea, controlul și canalizarea pericolelor interne și externe sau protejarea individului de anxietate sau de perceperea pericolelor sau factorilor de stres interni sau externi.

Aceiași autori încearcă o definiție complexă a mecanismelor de apărare ca: *procese psihice inconștiente urmărind reducerea sau anularea efectelor dezagreabile ale pericolelor reale sau imaginare, remaniind realitățile interne și/sau externe și ale căror manifestări - comportamente, idei sau afecte pot fi inconștiente sau conștiente.*

Interesul pentru mecanismele de apărare în lucrarea noastră este generat de posibila abordare integrativă a proceselor psihologice de adaptare.

Care este conținutul termenului de *mecanism de apărare?*	Mecanismele de apărare sunt modalități dezvoltate pentru a proteja Eul atât în situații normale cât și în cele patologice. *Mecanisme de apărare* sugerează un mod de funcționare asemănător cu cel al unei mașini al sistemului psihic implicat. Caracterul inconștient și automat al mecanismului de apărare justifică în mare măsură această formulare.
Împotriva cui se apără Eul?	Apărarea este o strategie de luptă contra afectului în sensul că dacă acesta nu are o acțiune neplăcută, mecanismele de apărare nu apar. Eul se apără împotriva pulsiunilor inconștiente și împotriva afectelor legate de aceste pulsiuni care sunt supuse la tot felul de constrângeri pentru a fi stăpânite și metamorfozate.
De ce se apără Eul, care sunt motivele pentru care Eul se apără?	După **A. Freud**, trei motive pot fi reținute: frica de supra-Eu, frica de real, (aceste două cauze vor conduce întotdeauna la sentimente de vinovăție în cazul în care pulsiunea s-ar satisface, chiar dacă într-o primă fază această satisfacere ar fi însoțită de plăcere), teama ca intensitatea pulsiunii să nu devină excesivă.
Ce înseamnă o apărare reușită?	Reușita unei apărări trebuie să fie considerată din punct de vedere al Eului și nu din termenii unei lumi exterioare de adaptare la această lume. Criteriile de reușită sunt legate de următoarele scopuri: împiedicarea pulsiunii interzise de a intra în câmpul conștiinței, îngrădirea angoasei de însoțire, evitarea oricărei forme de neplăcere; în cazul refulării reușita este efectivă dacă orice apariție conștientă dispare.

Care sunt pericolele unei apărări reușite?	O apărare reușită are totdeauna și ceva periculos atunci când restrânge excesiv domeniul conștienței sau competenței Eului atunci când ea falsifică realitatea. În acest caz, chiar dacă este „reușită" ea poate avea consecințe nefaste pentru sănătate sau pentru dezvoltarea ulterioară.
Ce înseamnă o apărare adaptativă	Apărările adaptative facilitează în același mod homeostazia psihică ca și adaptarea subiectului la mediul său. Pentru ca o apărare să fie adaptativă, ea nu trebuie să anihileze complet afectul, să fie orientată pe termen lung, să aibă o specificitate cât mai crescută, să nu blocheze ci să canalizeze afectele, să transforme utilizatorul acestor tipuri de apărare într-o persoană agreabilă și atractivă.
Există apărări normale și apărări patologice?	Apărările se manifestă și în situații normale. Vom considera că atât timp cât funcționarea mintală nu este afectată în suplețea și armonia sa în adaptarea la real, apărările sunt eficace. Dacă acestea sunt prea rigide, prost adaptate realităților interne și externe sau doar de un singur tip, indiferent de situație atunci este vorba de apărări patologice sau inadecvate pentru că ele sunt decalate în raport cu nivelul de dezvoltare al individului sau improprii situației în care se găsește subiectul. Aceste apărări au tendința să deformeze perceperea realității și să perturbe alte funcții ale Eului.
Cum pot fi definite mecanismele de apărare?	Ansamblul operațiilor a căror finalitate este de a reduce conflictul intrapsihic făcând inaccesibile experienței conștiente unele din elementele conflictului **(Widlocher)**. Apărarea este un mecanism psihologic inconștient folosit de individ pentru a-și diminua angoasa născută din conflictele interioare între exigențele instinctuale și legile morale și sociale. Noțiunea de mecanism de apărare înglobează toate mijloacele utilizate de Eu pentru a stăpâni, controla și canaliza pericolele interne și externe. Mecanismele de apărare constituie strategii prin care persoanele reduc sau evită stările negative cum ar fi conflictele, frustrarea, anxietatea și stresul **(Holmes)**. Mecanismele de apărare sunt procese psihice inconștiente vizând reducerea sau anularea efectelor dezagreabile ale pericolelor reale sau imaginare care remodelează realitățile interne și/sau externe și ale căror manifestări – comportamente, idei sau efecte – pot fi inconștiente sau conștiente.

CELE 10 MECANISME DE APĂRARE CLASICE

1. REFULAREA
2. REGRESIA
3. FORMAȚIUNEA REACȚIONALĂ
4. IZOLAREA
5. ANULAREA RETROACTIVĂ

6. TRANSFORMAREA ÎN CONTRARIU
7. SUBLIMAREA
8. ÎNTROIECȚIA
9. PROIECȚIA
10. REÎNTOARCEREA CĂTRE SINE

Făcând analiza critică a abordării psihanalitice **M. Miclea (1997)** arată că aceasta:
1. plasează mecanismele de apărare la interfața dintre Id și Ego;
2. le organizează ierarhic în funcție de "maturitatea" lor, adică de eficiența cu care reușesc să blocheze descărcarea pulsiunilor instinctuale ale Idului;
3. consideră că sunt declanșate de anxietatea de semnal, deci sunt postemoționale;
4. nu limitează teoretic numărul acestor mecanisme, lăsând la libera decizie a psihanaliștilor postularea unui nou mecanism;
5. nu oferă o metodologie precisă pentru stabilirea referenților comportamentali ai mecanismelor defensive .

În același timp, autorul subliniază că din comparația cu mecanismele de adaptare (coping) se desprind o serie de precizări, nuanțe și delimitări:
1. necesitatea considerării funcției defensive a mecanismelor psihice atât *vis-à-vis* de informația negativă internă cât și de cea externă;
2. renunțarea la organizarea ierarhică a mecanismelor defensive în funcție de succesul lor în exprimarea Idului;
3. considerarea acțiunii lor atât înainte de declanșarea reacției emoționale cât și postafectiv;
4. tratarea diferențiată a comportamentelor defensive și a mecanismelor defensive.

Coping-ul este definit în această perspectivă ca un proces activ prin care individul, prin autoaprecierea propriilor activități și a motivațiilor sale face față unor situații stresante și reușește să le controleze (**Bloch și colab.1991**).

O trecere în revistă recentă, făcută de **Burgeois și Paulhan (1995)** asupra diferitelor tipuri de coping descrie:
- coping-ul centrat pe emoție, care vizează reglarea suferinței emoționale;
- coping-ul centrat pe problemă, care vizează gestiunea problemei care se găsește la originea suferinței subiectului;
- coping–ul "vigilent", care permite strategii active (de căutare a informației, de susținere socială, de mijloace de înfruntare a situației pentru a o rezolva).

Holahan și colab. (1996) arată că mecanismul de coping conceput ca o trăsătură stabilă de personalitate sau ca un răspuns la situații stresante specifice este din ce în ce mai mult studiat într-o perspectiva integrativă, ținând cont totodată de abordarea dispoziției și contextului.

Mecanismele de apărare care pot fi abordate cognitiv sunt după **M. Midea**: negarea defensivă (refuzul), represia, proiecția, raționalizarea, intelectualizarea și izolarea, cu sublinierea că este vorba de o similitudine terminologică și nu de construct. *Denumirea* mecanismelor este aceeași ca în psihanaliză dar ele sunt *redefinite* prin noțiunile psihologiei procesării informației. Ele sunt proceduri cognitive, nu formațiuni psihodinamice și reprezintă *diverse modalități de prelucrare a informației cu valență negativă*, vizând diminuarea reactivității de distres.

Locul mecanismelor cognitive de apărare în tipologia mecanismelor de coping (adaptare) – **M. Miclea, 1997**

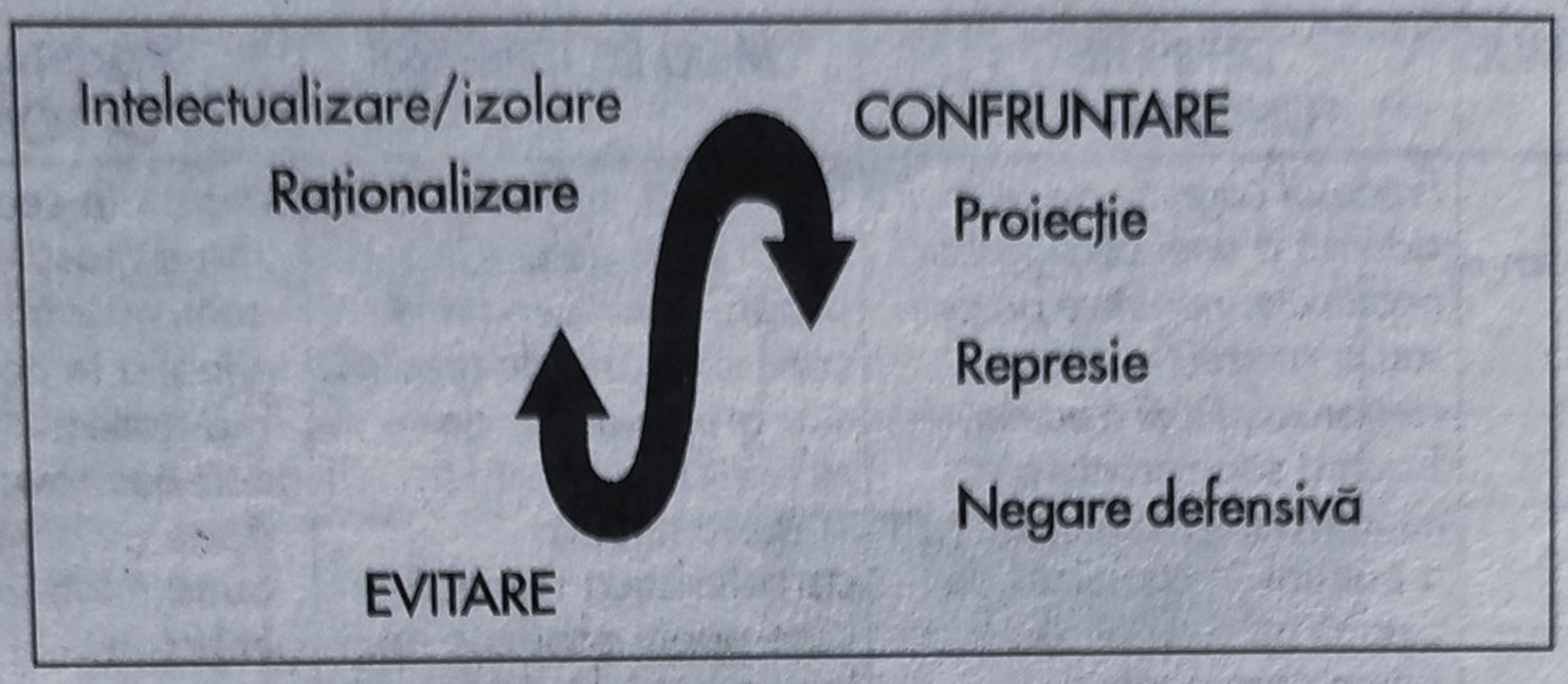
Tip de mecanism / Vectorul funcționării	Comportamental	Cognitiv	Neurobiologic
Confruntare			
Evitare		Mecanisme cognitive de apărare	

Din perspectivă cognitivistă, mecanismele de apărare sunt considerate ca *strategii sau proceduri de prelucrare a informației negative cu funcția de reducere a distresului.*

MECANISMUL	DEFINIȚIE FUNCȚIONALĂ	MOD DE OPERARE	ADAPTAREA LA BOALĂ
Negarea defensivă (refuzul)	*Toate procedurile cognitive de contracarare a formării unei reprezentări interne a traumei* care se activează imediat după evaluarea primară a stimulului și vizează eludarea reprezentării lui mintale ca stimul traumatic.	Negarea defensivă se operează multinivelar. La nivel *perceptiv*, negarea poate perturba recepția corectă a stimulului traumatic: ea poate produce *scotomizări parțiale* ale imaginii vizuale a scenei traumatice.	nu dau atenție simptomelor ce pot semnala debutul unei boli. caut să mă gândesc la altceva care nu are legătură cu boala. amân cât mai mult posibil prezentarea la medic sau la o intervenție medicală dureroasă.
Represia	*Toate procedurile care concură la o reactualizare selectivă a informației din memorie, în sensul că reactualizarea informației neplăcute, traumatice este parțial sau integral blocată.* Formarea unei reprezentări interne a traumei, se presupune că a avut loc, dar accesul ei în conștiință este stopat.	Se caută eludarea din memorie nu numai a traumei propriu-zise ci și a evenimentelor care, asociindu-se într-un fel sau altul cu trauma ar putea s-o evoce. Eșecul reactualizării informației traumatice se poate datora și unui mecanism inconștient așa cum se întâmplă emoție negativă foarte puternică poate provoca o amnezie totală sau parțială a evenimentului cu care s-a asociat, cunoscută sub numele de *amnezie posttraumatică.*	evit să-mi amintesc momente neplăcute din viața mea nu-mi amintesc prea bine cum a debutat și evoluat boala boala de care sufăr îmi vine mereu în minte

MECANISMUL	DEFINIȚIE FUNCȚIONALĂ	MOD DE OPERARE	ADAPTAREA LA BOALĂ
Proiecția	*Procesul cognitiv de atribuire externă a unei caracteristici neplăcute, negative proprii* sau a *cauzei/ responsabilității traumei.* Trauma sau caracteristica negativă e asumată conștient, a pătruns în conștiință dar e pusă pe seama unui factor extern care poate fi o persoană sau o situație vag definită.	De regulă, subiectul tinde să atribuie defectele proprii unor persoane care se bucură de prestigiu sau grupului său de referință. În acest fel, el reevaluează caracteristica respectivă care poate conduce apoi la o eventuală diminuare a distresului pricinuit de conștientizarea acesteia.	cred că în cea mai mare măsură alții sunt vinovați de situația în care mă găsesc dacă aș fi avut parte de o viață mai bună nu m-aș fi îmbolnăvit
Raționalizarea	Toate procedurile de *justificare* a comportamentului dezadaptativ pe care un individ l-a avut și de *reevaluare* a situației traumatice, astfel încât impactul său emoțional să fie redus.	"justificările" sunt însă *contrafăcute*, construcții teoretice menite să-l scuze pe individ în ochii săi (și ai celorlalți). Subiectul caută să-și demonstreze că situația nu e chiar atât de dramatică, se încearcă exagerarea beneficiilor și/sau să minimalizeze impactul negativ (costul) situatei stresante. Lanțului cauzal real sau semnificației reale, li se substituie un șir de argumente doar aparent valide confruntarea directă cu realitatea este astfel evitată.	când sunt într-o situație neplăcută mă consolez gândindu-mă că ar fi putut fi și mai rău și că alții suferă și mai mult decât mine m-am îmbolnăvit din vina mea așa că n-am decât să suport consecințele bolii. am fost mereu ocupat și de aceea nu m-am prezentat la medic.
Intelectualizarea/ izolarea	*Un ansamblu de strategii cognitive care vizează analiza informației traumatice în condițiile disocierii ("izolării") acesteia de consecințele ei emoționale*	*Subiectul* se angajează într-o gândire abstractă excesivă spre a evita experimentarea unor sentimente perturbatoare"	îmi privesc simptomele cu detașare și curiozitate, mă interesează detaliile teoretice ale bolii mi-ar plăcea să citesc o lucrare de specialitate referitoare la boala mea suferința m-a făcut să văd cu alți ochi viața.

Mecanismele de apărare cognitivă nu acționează separat, ci în funcție de gradul de eludare a situației stresante sunt plasate într-un adevărat *continuum cognitiv defensiv* (M. Miclea, 1997).



Un alt tip de realizare a adaptării prin mecanisme de apărare a fost pus în evidenţă de studiile asupra interacţiunilor sociale şi de cele asupra identităţii: cel al apărărilor sociale care priveşte apărarea Eu-lui social împotriva unor pericole exterioare care ar putea să-i atingă valoarea.

În opinia lui **Mucchielli** *Eul social* are trei componente: comunitar-participativă, prezentarea către ceilalţi şi definirea de către ceilalţi.

Apărările sociale pot fi clasate in trei categorii:

- luările de distanţă prin atacuri, intimidări, evitări;
- imobilizările care sunt blocajele de tip inhibiţie;
- retragerile - apropierile - supunerea, justificările sau seducţia.

Aceste apărări satisfac principalele nevoi ale eu-lui social cum ar fi: participarea, relaţii pozitive de diferite feluri cu parteneri sociali din acelaşi grup, securitatea şi valorizarea personală în mediul grupal, consideraţia socială.

Mecanismele de apărare socială permit individului adaptarea la lumea socială.

Aici ar trebui amintite aşa-numitele *"sisteme de securitate"* descrise de **Gardiner** în **1947**, constituind ansamblul conduitelor utilizate de indivizii unei aceiaşi societăţi pentru a înfrunta aceleaşi pericole şi frustrări. Ele reunesc măsurile de apărare, instituţionalizate la nivel social, care se înscriu în psihismul individual ca şi modalităţile obişnuite de reacţie la frustrările mediului social.

De altfel **Mucchielli** în **1981** vorbea de forme socializate ale apărărilor interne. Ele sunt constituite din combinaţii de apărări care se regăsesc în aceeaşi epocă la un număr mare de indivizi, îmbrăcând deci o formă colectivizată, exemple în acest sens sunt: dismtracţiile, ecologismul şi toxicomaniile. De exemplu *ecologismul* ar reprezenta un ansamblu de reacţii defensive prin care este refuzată realitatea socială şi tehnologică, acuzarea societăţii şi grupismul (găsirea plăcerii de a fi în grùp). Aceste reacţii ar apărea din cauza unei puternice angoase legate de sentimente de inferioritate in faţa progresului tehnic şi a complexităţii societăţii şi de sentimente de frică de eşec individual şi social şi de respingere ca şi de invidie faţă de puterea şi plăcerea exacerbată de societatea de consum.

Acelaşi autor concluzionează asupra ecologismului ca fiind o serie de mai multe mecanisme individuale de apărare ca de exemplu negarea realităţii, anularea retroactivă (ascetismul afişat părând să facă parte din conduitele destinate să şteargă sentimentele de invidie şi participare vinovată anterioară la societatea de consum), regresia (comportament tipic de adolescent în special *grupismul*) şi compensarea (a inferiorităţii prin noul statut căpătat în grup).

Alt tip de apărări este cel constituit de *apărările transpersonale* care permit eu-lui să se protejeze manipulând relațiile cu lumea. Studiul acestor apărări permite observarea acțiunii eu-lui asupra mediului înconjurător. Acțiunea lor implică faptul că Eul nu a mai fost acaparat de utilizarea apărărilor interne.

În folosul nevoilor eu-lui, apărările transpersonale folosesc întreaga gama de influențe și conduite umane. Această idee a apărărilor transpersonale datorează mult mișcărilor antipsihiatrice în special lui **Laing**, care considera că prin aceste apărări Eul încearcă să dirijeze viața interioară a celuilalt pentru a o proteja pe a sa. Antipsihiatria susținea că boala psihică constituie o apărare transpersonală.

În scopul protejării propriei boli, persoanele bolnave, deci indivizi, dar și cupluri, familii, grupuri și chiar societatea în ansamblu, impun persoanelor sănătoase dar mai slabe decât ele, un sistem de relații patologice și patogene. În acest mod, persoane sănătoase la început, devin bolnavi, boala lor constituind expresia unei apărări transpersonale.

Reluând atitudinile nevrotice descrise de **K.Horney, Mucchielli** arată rolul lor de apărări transpersonale care au drept funcție evitarea angoasei interne care însoțește în cultura noastră riscul de eșec în relațiile afective. Cele trei forme de exprimare ale acestor apărări se exprimă sub forma unor modalități de relație cu celălalt: apropierea extremă de celălalt, tentativa de a-i câștiga admirația sau separația.

Anzieu și Kaaes arată că anxietatea care există în orice grup este legată de mecanismele apărărilor grupale, membrii grupului utilizează mecanismele de apărare proprii grupului, pentru a-și îmbunătăți propriile lor apărări.

Roussillon în două lucrări succesive: „Mecanisme metadefensive în instituții" (1988) și „Despre paradox" (1991), aprofundează funcțiile mecanismelor de apărare grupale. Ideologia grupului, de exemplu, are funcții de apărare evidente: protejează identitatea grupului contra distorsiunilor istorice și politice, elimină incertitudinea înlocuind percepția faptelor istorice contradictorii, asigură confortul grupului evitând faptele neliniștitoare, constituindu-i o justificare a viziunii pe care o are despre lume și joacă un rol de filtru atribuind doar două tipuri de valori - binele și răul.

Mucchielli arată că ideologia acoperă diferite mecanisme de apărare clasice:

- refularea - ideologia obligă membrii grupului să adopte moduri de gândire și interdicții similare, ștergând astfel conflictele interne ale grupului;
- proiecția - desemnează dușmani asupra cărora sunt aruncate pulsiunile;
- anularea - transformând o stare de fapt într-o alta și impunând conduite radical diferite;
- sublimarea - sublimând sentimentul de inferioritate într-un discurs asupra organizării puterii.

Conceptul de eliberare (*working off mechanism*) a fost introdus în **1973** de **E. Bibring**; pentru acesta mecanismele de apărare constituiau modalități de organizare a tensiunilor de către eu; funcția lor este de a distruge progresiv tensiunea schimbând condițiile interne care îi dau naștere. Dintre mecanismele de eliberare, **Bibring** citează familiarizarea cu o situație anxiogenă sau desprinderea libido-ului.

Lagache merge mai departe în ceea ce privește elementele caracteristice ale eliberării:

- recunoașterea, considerată de subiect ca esențială, a dorințelor sale și a apărărilor fantasmatice;
- rolul important jucat de conștiință, care fără să fie exclusiv, este determinant;
- ridicarea apărărilor.

Lagache precizează că mecanismele de apărare fac apel la inteligență, în sensul în care aceasta este definită ca o capacitate de acomodare la situații noi.

Printre căile de eliberare, care implică diferite modalități de înlocuire, autorul citează repetiția activă pentru rememorarea gândurilor și discuțiilor; identificarea (care conduce subiectul la a se confunda cu trăirea sa) prin obiectivare, (care îi permite să ia distanță în raport cu această trăire); disocierea prin integrare, inhibiția prin control și supunerea prin experiență. De asemenea el propune includerea sublimării printre mecanismele de eliberare, urmând considerațiile lui **Fenichel** care considera că sublimarea este o apărare reușită care are drept condiție prealabilă, abolirea refulării.

Plutchik (1995) consideră că apărările de bază (concepute ca mecanisme inconștiente, rigide, cu valoare adaptativă limitată) corespund chiar unui *stil de coping.*

Toate acestea vin să explice de ce resursele sociale constituie alt rezervor pentru comportamentul adaptat.

RESURSELE SOCIALE

Două concepte de bază au fost identificate ca resurse sociale în literatura de specialitate: rețeaua socială și suportul social.

Conceptul de rețea socială a fost introdus de **Bornes (1954)** în studiul său despre o comunitate rurală norvegiană. **Adams (1967)** definea rețelele sociale ca: "acele persoane care se mențin în contact și care intră în legături sociale.

Modelul rețelei sociale a resurselor de adaptare oferă posibilitatea descrierii, cuantificării și analizei complexității mediului social ca un potențial mediator al stresorilor.

Marrsella și Snyder (1981) au observat patru dimensiuni ale rețelei sociale și care au utilitate pentru cercetare:

1. structura (mărime, densitate, interacțiune, poziție)
2. relațiile interpersonale (reciprocitate, simetrie, direcție)
3. calitatea atributelor (intensitate, răceală, ostilitate)
4. funcționare (suport material, sfat, locuință).

Cu alte cuvinte, resursele sociale reprezintă o resursă de adaptare, un rezervor al sprijinului social la care fiecare individ se poate întoarce pentru a se sprijini în timp.

Suportul social se referă la rezultatele favorabile ale relațiilor interumane, ele fiind funcția mai multor factori incluzând caracteristicile rețelei sociale. Dar mult mai important este faptul că suporturile sociale constituie resursele la care individul poate apela pentru rezolvarea problemelor. Ele sunt aprecieri valabile pentru noi atunci când ne confruntăm cu o problemă **(Gottlieb 1981, Cohon și Willis 1985, Lin, Dean și Ensel 1986, Dunkd-Schetter, Folkman și Lazarus 1987, Coyne și Downey 1991).**

Dunkel-Schetter (1987) observă trei feluri de suporturi sociale ce pot fi utilizate pentru rezolvarea stresului:

1. emoțional;
2. sprijin;
3. informațional.

M. Lăzărescu (1994) arată că rețeaua de suport social joacă atât un rol general protectiv și stimulativ (întreținere și stimulare a existenței firești, sănătoase, pozitive), cât și un rol de „tampon" față de stresori. El arată importanța acestui rol de tampon pentru sănătatea generală, cât și pentru cea psihică, în special în situațiile de criză. Omul trăiește uneori lungi perioade de stres psihosocial în care tamponul realizat de supor-

tul social trebuie să aibă continuitate și durată, crescând astfel integrarea socială a individului, ridicând nivelul stimei de sine și sentimentul de securitate, operând astfel mutația asupra personalității. Un individ mai puternic va suporta mai bine experiențele de stres și deci se va adapta la un nivel superior.

Pe scurt, bazat pe o revedere a literaturii teoretice și de cercetare asupra adaptării, incluzând o sumă de definiții, autorii au propus o nouă definiție a adaptării care încorporează dimensiunile esențiale ale definițiilor prioritare. Autorii au sintetizat de asemenea unele dintre rapoartele lor majore despre natura adaptării, resursele și modelele (mostrele) și categoriile de comportament ale adaptării. Sintetizând putem afirma că resursele adaptative în cele trei variante ale lor biologic, psihologic și social sunt sursa comportamentelor adaptative care pot fi grupate în patru antonimii:

ACTIV ↔ PASIV
COGNITIV ↔ EMOȚIONAL
CONTROL ↔ LIPSĂ DE CONTROL
PSIHOLOGIC ↔ ACȚIUNE SOCIALĂ

Suntem de acord cu toți acei autori care consideră adaptarea drept cheie a creșterii și evoluției umane, care îi dă individului posibilitatea de a accede la un nou nivel funcțional caracterizat de competență selectivă și posibilitatea transcederii.

Acest tip de abordarea integrativă în explicarea fenomenologiei și psihopatologiei l-a condus pe **Ș. Ionescu** la o tentativă de depășire a semiologiei psihiatrice clasice, considerată prea rigidă și centrată pe simptom.

Autorul propune creșterea interesului pentru aspectele semiologice care ar putea fi calificate drept funcționale din cauza scopului lor: reducerea pulsiunii tensionale și a angoasei care rezultă din aceasta și, respectiv, adaptarea la schimbarea condițiilor externe.

Această semiologie pune accentul pe aspectul de proces al funcționării psihice, sugerând continuumul mecanismelor de adaptare.

CAPITOLUL 4

VULNERABILITATE ŞI EVENIMENTE DE VIAŢĂ

Lupta însăşi către înălţimi e deajuns pentru a umple un suflet omenesc.
Trebuie să ni-l închipuim pe Sisif fericit.

Albert Camus

Evenimente de viaţă
Natura evenimentului
Importanţa evenimentului
Contextul evenimentului
Tracasările şi momentele bune cotidiene
Constrângerile de rol
Abordarea socio-clinică a lui Brown şi Harris
Importanţa interacţiunilor
Principiul sumării
Vulnerabilitate şi agenţi declanşatori
Clasa socială
Sexul

EVENIMENT DE VIAŢĂ

În ultimul deceniu sociologii au studiat determinanţii socio-culturali ai sănătăţii mintale şi ai bolii, factorii sociali în situaţia de căutare a ajutorului psihiatric, atitudini faţă de boala psihică, şi organizarea de îngrijire a sănătăţii mintale. În toate aceste domenii, studiul a fost posibil numai prin formarea unui organism interdisciplinar, care a elaborat atât studii teoretice, cât şi cercetare concretă, la aceasta aducându-şi contribuţia nu numai sociologi, dar şi psihiatri, psihologi şi epidemiologi.

Cercetarea asupra factorilor sociali şi culturali în psihopatologie a dominat cercetarea ultimului deceniu, datorită interesului asupra efectelor dăunătoare sănătăţii pe care le au evenimentele stresante de viaţă.

Vom începe prin a introduce conceptul de **eveniment de viaţă**, în jurul căruia se structurează problematica acestei cauzalităţi.

Natura evenimentului

Abordarea modernă ţine seama de drumul parcurs de la întâiul război mondial - când se credea că simptomele consecutive unei traume psihice pe câmpul de bătaie

erau provocate de explozia unor minuscule vase sangvine cerebrale. La începutul secolului, despăgubirea victimelor accidentelor feroviare care prezentau stări psihice fără sechele fizice evidente, constituia o problemă pentru neuropsihiatrii şi companiile de asigurări, iar nevrozele traumatice ocupau atunci un loc important în cercetare.

Abia în 1950, „evenimentul", indiferent de natura lui, a înlocuit ca importanţă „accidentul", devenind centrul de interes. De atunci sunt cercetate probleme mai prozaice şi mai private, mai mult decât marile cataclisme.

A. Meyer deschide calea, publicând observaţiile sale medicale asupra acumulării episoadelor marcante. De atunci există o bogată literatură, în special în America, unde behaviorismul a pregătit terenul pentru favorizarea explicaţiei mediului în determinarea comportamentului.

Un eveniment este, într-un fel, orice experienţă de viaţă care necesită o adaptare sau duce la o modificare importantă; este, cu alte cuvinte, o discontinuitate, o ruptură puţin brutală, în cursul vieţii de fiecare zi. Un eveniment are, deci, un caracter de „exterioritate" în raport cu persoana care trăieşte evenimentul, dar trebuie în acelaşi timp să ia un sens din istoria individuală, pentru a dobândi caracterul de eveniment. De aceea, pentru a înţelege evenimentul este bine să faci mai mult decât a derula filmul peripeţiilor: trebuie să interoghezi un subiect - o persoană - şi să poţi descrie nenumăratele dimensiuni subiective şi obiective care îl structurează. Evenimentul, pe scurt, este un fapt important care se înscrie într-o biografie.

Importanţa evenimentelor

Delimitarea exactă a evenimentului este esenţială dacă dorim să evaluăm contribuţia sa la geneza bolilor psihice. La început era vorba de sumarea tipurilor de episoade întâlnite în viaţa recentă a pacienţilor cu diverse afecţiuni psihice.

Listele utilizate au ajuns rapid la 43, în versiunea originală a lui **Holmes** şi **Rahe,** pentru a ajunge rapid la 102 în Psychiatric Epidemiology Research Interview **(B. Dohrenwend şi colab., 1978)**. Există şi variante adaptate pentru adolescenţi şi alte grupe speciale. Uneori, aceste liste de evenimente au fost construite plecând de la biografia adulţilor de vârstă medie. Dar tinerii adulţi, a căror viaţă e plină de schimbări, ating scoruri înalte.

Astfel, diversificarea listelor şi adaptarea lor la grupe de populaţii nu constituie un lucru nou în sine. Dezavantajul vine mai degrabă din faptul că se uită ce trebuia să constituie un eveniment şi că s-au introdus uneori fapte banale sau dificultăţi de viaţă cronice. Soluţia, care consistă în includerea doar a evenimentelor considerate perturbatoare de către subiect, duce în definitiv la accentuarea confuziei, întrucât persoanele predispuse la tulburări afective riscă să fie mai tulburate de ceea ce li se întâmplă şi să bruieze rezultatele, considerând că tot ceea ce li se întâmplă este perturbator.

Este bine să amintim că evaluările subiective făcute de subiecţi nu diferă de interpretările obiective ale observatorilor externi. Pe de altă parte, cei depresivi, cunoscuţi pentru percepţia lor eronată, continuă şi după vindecare să acorde aceeaşi pondere, ca înainte, evenimentelor trăite **(Zimmerman, 1983)**.

Este uşor de evidenţiat limita utilizării acestor inventare. Ele sunt utilizate repetat, iar insuficienţa lor este legată de prea marele lor simplism. Două metode de calcul sunt utilizate curent. Prima constă în însumarea evenimentelor raportate, uneori atât cele pozitive cât şi cele negative, alteori, doar cele negative, pentru a stabili un scor total de stres. Pare surprinzător că sunt incluse evenimente pozitive. Trebuie să menţionăm că

anumite succese necesită o adaptare, precum sunt obținerea unui nou loc de muncă, sau câștigarea la loterie.

Oricare ar fi tipul de însumare, defectul este că le consideră egale pe toate: moartea unui copil este echivalentă cu pierderea serviciului. Pentru a contracara aceste critici, **B. Dohrenwend și colab. (1978)** a cerut unor „judecători" aleși din marele public să acorde o pondere relativă fiecărui eveniment de pe listă. Evenimentul etalon este căsătoria - căreia i se acordă, prin convenție, 500 de puncte - iar toate celelalte evenimente trebuie ordonate în consecință. Plecând de la acest reper, infidelitatea conjugală are 558 puncte, schimbarea domiciliului 437 puncte, moartea unui copil 1036 puncte - cu tendința de a ocupa locul întâi.

Acest mod de evaluare constituie un progres net, în ciuda limitelor enumerărilor, pentru că doar subiectul poate decide ce anume constituie pentru el un eveniment. În practică, nu pare însă necesară atâta „osteneală", întrucât cele două tipuri de a calcula duc la rezultate foarte asemănătoare (**Zimmerman, 1983**).

Ameliorarea formulării criteriilor contribuie, totuși, la ameliorarea indicilor psihometrici, întrucât coeficienții de fidelitate sunt în general scăzuți (**Zimmerman, 1983**).

Cei ce dau informații continuă să uite anumite evenimente, iar datarea lor este imprecisă, astfel încât întrevederile cu persoane apropiate lor face să crească numărul de evenimente de la 20% la 30%. Precizia datării este, evident, supusă ameliorării. Informatorul este invitat, de cele mai multe ori, să identifice evenimentele trăite în cursul ultimelor 12 luni. Ori, se prea poate ca evenimentele trăite în cursul a mai mult de șase luni în urmă să nu mai aibă nici un efect în momentul interviului, și ca problema de sănătate mintală ce a decurs din aceste evenimente să fi avut timp să apară și să dispară. Aceste inconveniente riscă să împiedice confirmarea unor ipoteze valoroase. **Brown** și **Harris (1978)** avansează astfel ipoteza că evenimentele majore care se produc în cele trei săptămâni ce preced debutul maladiei sunt cele determinante.

Pe de altă parte, dificultatea situării cu exactitate în timp a debutului unei probleme psihopatologice, în studiile de sănătate mintală, este și mai mare. Aceste critici se aplică la majoritatea cercetărilor. În cazul depresiei, de exemplu, cum putem preciza perioada în care simptomele au devenit suficient de numeroase pentru a atinge numărul de patru, propus de anumite definiții? Din care moment începe scăderea în greutate, sau o adevărată disperare? Modificarea este gradată sau bruscă? Doar studiul prospectiv ne-ar scoate din încurcătură, ceea ce ar presupune comunicarea cu informatorul la intervale regulate. Această metodă este foarte costisitoare, iar în lipsa ei, singura soluție este o analiză retrospectivă foarte atentă în ceea ce privește data apariției și dispariției episoadelor depresive sau ale altora. Anumite variabile, precum tentativele de suicid sau ideațiile suicidare serioase, întrucât nu sunt constituite din mai multe simptome, prezintă în acest sens nete avantaje, și este posibil să fie datate cu mai mare ușurință (**Tousignant** și **Hanigan, 1986**).

Una dintre problemele cele mai controversate este de a ști dacă evenimentele sunt într-adevăr independente de voința celor interogați (**Rabkin** și **Struening, 1976**). Sau, altfel spus, este subiectul total sau chiar parțial responsabil de ceea ce i se întâmplă? De exemplu, cum să tragi concluzia că divorțul este cauza depresiei, fără să presupui și că cel puțin unele probleme comportamentale legate de depresie au dăunat căsătoriei? Poziția lui **Brown** în această privință este de a nu respinge evenimentele dependente, într-o măsură sau alta, de subiect. Aceasta ar antrena, în primul rând, îndepărtarea unui număr considerabil de evenimente majore, începând cu creșterea

unui copil, până la anumite cazuri de șomaj. Problema fundamentală este de a ști dacă un eveniment, indiferent care este angajarea subiectului, este în măsură să arunce o persoană, deja vulnerabilă pe plan psihologic într-o stare patologică. Procesul de cauzalitate nu urmează o mișcare simplă, lineară, cum ar dori unii (**Tennant et coll., 1978**); el se înscrie mai degrabă într-o mișcare în spirală, iar rolul nostru este de a descrie toate meandrele ce duc la tulburări psihice.

Nu trebuie, de asemenea, să fim surprinși dacă, în anumite studii longitudinale, ca cel al lui **McFarlane și colab.(1983)** și ale majorității celor care stabilesc relații între scorurile scalelor la două perioade diferite, vom constata că simptomele măsurate inițial prezic mai bine decât celelalte variabile simptomele unei perioade ulterioare de 6 luni, în pofida unei asociații clare între evenimentele independente și indezirabile, și sănătatea mintală.

Aceasta nu conduce la ipoteza că starea sănătății mintale este o caracteristică stabilă, care nu se va schimba decât foarte puțin în funcție de vicisitudinile vieții. Aceste simptome, mai mult sau mai puțin cronice, pot fi ele însele legate de anumite situații de viață durabile, și nu trebuie să ne îndoim de importanța etiologiei sociale în prezența unor astfel de observații.

Pe de altă parte, problema importantă este nu de a prevedea un număr de simptome la un moment dat, ci factorii care contribuie la crearea unei stări de incapacitate relativă, la o persoană, între un moment A și un moment B. La alcoolici, de exemplu, este important să știm ce îl determină pe un băutor mediu să treacă, la un moment dat, la un consum abuziv.

Corelațiile dintre evenimentele de viață stresante și starea sănătății mintale au fost destul de slabe. Doar 9% din variația stărilor patologice poate fi atribuită acestor evenimente (**Rabkin și Struening, 1976**), iar valoarea predictivă a evenimentelor nu s-a accentuat în urma ameliorărilor instrumentelor (**Kessler și colab., 1985**). Aceeași concluzie este împărtășită de **Brown** și **Harris (1978),** știind că majoritatea persoanelor ce trec printr-o încercare grea în decursul unui an nu cad în depresie, ceea ce corespunde observației comune.

În eșantionul lor de la **Camberwell**, 20% dintre femeile care au traversat un eveniment serios sau o dificultate majoră de viață, intră în depresie în cursul anului respectiv; este o minoritate, dar este de 10 ori mai mult față de 2% din grupul celor care nu au trăit astfel de evenimente și dificultăți. Procentul de 20% este totuși impresionant. Este limpede, desigur, că există și alți factori, și că doar efectul unui eveniment major nu este suficient, de obicei, pentru a declanșa depresia.

Contribuția evenimentelor este mai bine stabilită în cazul depresiei, decât în cel al schizofreniei, și este, probabil, superioară în cazul tentativelor de suicid (**Paykel, 1978**). Important este să ne amintim că evenimentele ar trebui să fie însoțite de alți agenți catalizatori pentru a deveni agenți declanșatori eficace. Evenimentele acționează, deci, în cadrul unui model complex.

Prin urmare, nu trebuie să punem pe picior de egalitate toate evenimentele de viață.

Marile tulburări lasă urme profunde asupra victimelor. Între 20% și 40% dintre persoane nu se remit după crize mari de viață, chiar după o bună perioadă de timp (**Silver** și **Wartman, 1980**).

Evenimentele critice nu trebuie, pe de altă parte, să fie reduse la agenții destructori care demoralizează și atacă sistemul de imunitate psihică. Studiul lui **Kobasa**

(1979) demonstrează că idealul nu constă atât de evident în evitarea evenimentelor sau situațiilor dificile, cât mai ales în expunerea în măsura în care poți să înfrunți aceste dificultăți. În această cercetare directorii marilor companii sunt favorizați, din punctul de vedere al sănătății, dacă sunt expuși stresului datorat schimbărilor. Absența stresului împiedică cheltuirea aptitudinilor lor și le scade vigoarea. În schimb, procesul este invers la militarii americani de carieră pe timp de pace. Evenimentul poate avea o contribuție pozitivă în dezvoltarea persoanei: o criză ce ar fi putut provoca o deteriorare a sănătății mintale poate duce la o mai mare înțelepciune și seninătate.

Contextul evenimentului

Evenimentele joacă deci, indubitabil, un rol important în etiologia tulburărilor psihice. Dar care este, oare, natura procesului care le permite să acționeze asupra psihicului? Explicațiile sunt numeroase, fără să se excludă neapărat. Cercetătorii sunt de acord că evenimentele pot slăbi stima de sine, întrucât persoana are ocazia să ia cunoștință de limitele stăpânirii pe care o are asupra vieții proprii, în special în caz de eșec al strategiilor utilizate pentru a face față încercării respective (**Kessler și colab., 1985**).

O maladie cronică gravă, precum leucemia sau o dezamăgire în dragoste, ne aduc aminte cât de puțin stăpânim destinul. Scăderea autostimei este accentuată în împrejurările în care subiectul crede că ar fi putut acționa (de exemplu, un adolescent care încearcă să împiedice separarea părinților). În cazul în care evenimentul are loc, în pofida expectațiilor firești, pot apare confuzie și dezorientare (de exemplu, un logodnic rupe logodna, deși căsătoria era anunțată; un student cade la un examen considerat ușor etc.).

Evenimentul provoacă, de asemenea, o serie de neplăceri, a căror acumulare poate fi determinantă în afectarea sănătății mintale.

Efectele evenimentelor se pot face simțite la nivelul sistemului imunitar și să provoace fatigabilitate sau probleme somatice, care mai devreme sau mai târziu, vor duce la stări depresive.

Se remarcă faptul că persoanele care declară că au o stare de sănătate excelentă nu au un scor ridicat de suferință psihologică (exceptând un procent de 10%); procentul se ridică, însă, până la 71% la cei care raportează o stare proastă a sănătății (**Edmond, 1988**).

Thoits (1983) face o excelentă sinteză a dimensiunii evenimentelor care au efecte specifice asupra stării sănătății fizice și mintale. În primul rând, contrar celor postulate în prima fază a cercetărilor, cantitatea de schimbări provocate este mai puțin determinantă în comparație cu faptul că schimbările nu sunt dorite.

Din multitudinea de lucrări care au tratat această problemă reiese că **indezirabilitatea** evenimentelor este elementul determinant în ceea ce privește sănătatea mintală, indiferent de tipurile de indici utilizați, de diagnosticele tradiționale de depresie, schizofrenie, indiferent de suferința sau de comportamentele psihopatologice.

A doua dimensiune este sentimentul de stăpânire a evenimentului. Se știe, de exemplu, că numeroasele cercetări clinice și de laborator ce se bazează pe noțiunea de „neajutorare dobândită" au ajuns la concluzia că **absența sentimentului de stăpânire a evenimentului** era determinantă în dezvoltarea tulburărilor de tip depresiv.

Anticipația este o altă dimensiune importantă. Literatura demonstrează că modificările anticipate, ciclice, precum căsătoria, menopauza, pensionarea, au mai puține

consecinţe asupra sănătăţii mintale decât **schimbările nenormative, neprevăzute**, cum sunt divorţul, boala, şomajul etc.

TRACASĂRILE ŞI MOMENTELE BUNE COTIDIENE

Lăsând de-o parte marile drame ale vieţii, anumite studii recente se interesează în mod special de necazurile şi bucuriile cotidiene. Logica invocată: tensiunile cotidiene au cel puţin tot atâta importanţă pentru sănătatea mintală a indivizilor ca şi evenimentele izolate; iar acumularea lor sfârşeşte prin a cântări mai mult în balanţă decât loviturile grele al căror impact va fi, puţin câte puţin, absorbit de timp (**Kanner şi colab., 1981**).

Cum este de aşteptat, micile necazuri sunt asociate cu sentimente negative, iar momentele bune cu sentimente pozitive, dar numai la femei, deoarece bărbaţii care trăiesc momente bune sunt mai înclinaţi să manifeste sentimente negative! Ceea ce trebuie reţinut este că tracasările antrenează o mai mare varianţă a scalei simptomelor decât evenimentele sau momentele bune.

Lazarus şi colab. (1985) analizează din nou datele, clasificând tracasările în factori **simptomatici**, factori **incerţi**, şi, respectiv, factori **nesimptomatici**. Aceste modificări nu schimbă nimic din corelaţiile obţinute cu *scala Hopkins*, adică faptul că tracasările rămân puternic corelate cu lista de simptome psihologice. **Dohrenwend** şi **Shrout** (1985) revin şi lasă să se înţeleagă că există un factor general subiacent tuturor acestor factori independenţi, şi care ar fi reprezentat de tulburarea trăită. Cu alte cuvinte, individul afirmă, în fond, că prezintă itemii care descriu tracasările nu pentru că este într-adevăr tracasat, ci datorită dispoziţiei afective de moment.

Introducerea „tracasărilor", ca şi a „momentelor bune" printre factorii de sănătate reprezintă un aport teoretic definitiv, recunoscut chiar şi de cei care au critici serioase la adresa instrumentelor propuse.

Pe de altă parte, dacă universul trăirilor acestor tracasări îl depăşeşte pe cel al constrângerilor rolului, rămâne să se verifice dacă tracasările cotidiene pot încă să aibă importanţa lor şi în absenţa unui astfel de tip de constrângeri legate de rol. O relativă satisfacţie îi va proteja, poate, pe adulţii de vârstă mijlocie puternic angajaţi în roluri profesionale şi familiare. Pentru persoanele fără rol, sau cu un singur rol, tracasările ar putea avea consecinţe mai importante.

În concluzie, subliniem că nu vom ajunge uşor la o soluţie în abordarea evenimentelor şi a tracasărilor. Efectul interactiv „tracasări-evenimente" are acelaşi efect ca şi contribuţia lor separată.

Deci conceptul „tracasărilor" nu este suficient de fundamentat teoretic, se mai pot face reduceri ale subiectivităţii celui care răspunde în cadrul instrumentelor propuse.

CONSTRÂNGERILE ROLULUI. NATURA LOR

Cadrul prea restrâns al analizei evenimentelor poate lăsa să se creadă că sănătatea mintală ar fi legată de accidente separate ale vieţii şi că ar fi vorba de un joc al posibilităţilor în care cel mai norocos câştigă.

Conceptul constrângerii rolului lansat de **Pearlin (1983)** este conceput ca o invitație de a lua mai puțin în considerație modificarea în sine provocată de eveniment, cât mai ales efectul uzurii capacității de a îndeplini obligațiile și rolurile în viață.

De ce au rolurile o astfel de importanță? În primul rând datorită investirii afective. Interesul în ceea ce privește noțiunea de rol constă, de asemenea, în a vedea în ce măsură comportamentul individului este legat de macro- structurile organizatorice ale societății, precum și de a înțelege în ce măsură evenimentul afectează nu doar individul, ci contextul social în care se înscrie.

Conceptul de constrângere a rolului (role strain) este definit deci prin „dificultățile, înfruntările, conflictele și celelalte probleme de aceeași natură, pe care oamenii le traversează în timp, atunci când se angajează în rolurile sociale ale vieții" (**Pearlin, 1983**).

Autorul distinge **șase tipuri de roluri de constrângere**:

1. ***Constrângerile datoriei*** – cuprinde toate aspectele materiale, acțiunile ce trebuie îndeplinite, noxe, pericole sau surplus de muncă. Muncitorii situați de obicei la cele două extreme ale câmpului ocupațional: a) cu sarcini repetitive; sau b) în posturi de mare responsabilitate, care sunt și cei mai afectați. Constrângerea datoriei poate fi legată de disproporția dintre venit și efortul depus sau aptitudinile exploatate. Astfel, motivația se pierde și e necesară încă mai multă energie pentru a depune o activitate.
2. ***Conflicte interpersonale*** – acestea sunt conflictele care apar între două persoane, care de obicei sunt angajate în aceleași situații de rol. Căsătoria oferă exemplul tipic. Principala sursă de insatisfacție și neînțelegeri este impresia unei absențe a reciprocității: un partener crede că dă mai mult decât primește. Putem adăuga necazurile pe care copiii le fac părinților, și invers. În domeniul profesional conflictul cu autoritatea, care atrage după sine auto-devalorizarea și depersonalizarea, riscă să invalideze ceea ce fiecare a investit în munca lui. Constrângerea legată de rol va fi cu atât mai mare cu cât individul este mai angajat în acel rol. Relațiile sunt condiționate de așteptările actorilor.
3. ***Multiplicitatea rolurilor și conflictele interpersonale*** - Angajamentele luate într-un anumit domeniu sunt deseori incompatibile sau în contradicție cu cele pe care le luăm în alte domenii, și se ajunge astfel într-o situație dilematică. Aceste conflicte între roluri apar mai ales la persoane care nu au posibilitatea să deplaseze temporar unul dintre roluri pe un loc secundar, în favoarea altuia. Este situația femeilor, care sunt mai pasibile să dezvolte o depresie decât bărbații, dacă munca lor vine în contradicție cu solicitările casnice (**Pearlin, 1975**).
4. ***Înțepenirea în rol*** - Acest domeniu este mai puțin analizat, dar există elemente care permit înțelegerea situațiilor unor persoane. Este vorba de persoane care sunt profund nemulțumite de rolul în care sunt captive.
5. ***Schimbarea rolurilor*** - Intrarea și ieșirea dintr-un rol sunt, de fapt, evenimente critice, care vor fi discutate aparte.
6. ***Restructurarea rolurilor*** - Se întâmplă uneori că ajungem în situația să schimbăm poziția într-o relație care ne-a legat de o persoană, de exemplu: grija de părinții care ne-au crescut, fiul unei mame divorțate devine prematur confidentul acesteia etc. Exemplele arată că inhibiția determinată de comportamente învățate și adoptarea unor comportamente contrare pot produce o tensiune foarte mare.

După cum remarcă **Pearlin**, lucrările asupra constrângerilor rolurilor se adresează în special populației active, care muncește și evoluează într-o familie.

Exemplele constrângerii rolului sunt propuse în special de lucrările asupra sănătății și muncii (**Kasl, 1984**).

Thoits (1983) demonstrează, la rândul său, faptul că evenimentele în sine nu provoacă tulburări psihologice serioase dacă nu sunt acompaniate de constrângeri ale rolurilor. Copiii care trăiesc evenimente familiare negative nu prezintă tulburări de comportament dacă familia nu trăiește tensiuni anormale în acea perioadă (scandaluri în căsătorie, probleme economice etc.). Pierderea serviciului și prăbușirea mariajului în același timp nu provoacă o creștere a simptomelor decât în cazul în care există o intensificare a problemelor vieții cotidiene.

Un alt argument important susține contribuția mai puternică a stresului cronic în raport cu impactul pe care evenimentele îl au. Procentul de maladii mintale și de probleme psihologice este mai mare în grupurile defavorizate economic și de celibatari, dar grupurile mai favorizate economic și necăsătoriții raportează un număr mai mare de evenimente (**Thoits, 1983**).

ABORDAREA SOCIO-CLINICĂ A LUI BROWN ȘI HARRIS

Lucrările echipei de la colegiul Bealford din Londra, constituită în principal din **G. Brown, T. Harris** și **A. Bigulco**, merită o atenție specială datorită contribuției lor excepționale în epidemiologia psihiatrică. Munca imensă depusă de la începutul anilor 70 în domeniul originilor sociale ale depresiei la femei a propus o abordare originală și mult mai globală decât ceea ce era în general oferit de literatura existentă la acea dată. Panoplia instrumentelor dezvoltate pentru măsurarea conceptelor cheie ale modelului lor este constituită de **interviul clinic de tip semi-dirijat**. Timpul de înregistrare (redactare) este relativ lung.

Corpusul de referință pentru codificare nu este restrâns la părți din interviu privitoare la unele concepte, ci este extins la toate informațiile primite în timpul interviului. Este, deci, o **abordare calitativă**.

Modelul propus se complexifică pe măsură ce caută să integreze reflecțiile asupra noțiunii de rol, în același timp ca variabile ale micii copilării, și ca transmitere a vulnerabilității până la vârsta adultă. Sunt puține variabile de **epidemiologie socială** pe care nu le vom regăsi în acest model.

Un efort special de integrare permite evaluarea fiecărui aspect în cronologia lanțului etiologic. De altfel, protocoalele de cercetare conțin o mulțime de detalii bibliografice asupra cărora este totdeauna posibil să se revină înainte de a verifica mecanismele și de a verifica corelațiile rezultate sau rațiunile pentru care anumiți subiecți devin ipoteze de plecare.

O a treia caracteristică definind demersul acestei echipe este preocuparea constantă de a înțelege în ce fel se constituie **relații între variabile**, și cum aceste procese sunt **reflectate în conștiința subiectului**.

De asemenea, conceptul de **semnificație**, adică **inserarea unui eveniment** sau a unui **factor de vulnerabilitate în istoria subiectului**, cu toată gama de **reacții emotive provocate**, ocupă un loc central în înțelegerea lanțurilor cauzale între componentele emoțiilor teoretice.

Life Events and Difficulties Schedule (***LEDS***) este unul dintre instrumentele reprezentative folosite; el acoperă **evenimentele trăite de informator în cursul ultimului an**. Acest ches-

tionar acordă un punctaj unor evenimente de viață și apoi stabilește un scor final care anunță existența unei crize majore de viață sau, din contră, absența unor probleme semnificative.

EVENIMENTE	Punctaj
Decesul unuia dintre soți	100
Pierderea credinței religioase	100
Divorț	75
Separarea soților	65
Închisoare	65
Pierderea reputației	60
Moartea unui membru apropiat al familiei (altul decât soțul)	60
Pierderea încrederii de sine	60
Vătămarea fizică sau boala	50
Reîmpăcarea soților	50
Pensionarea	50
Schimbarea sănătății unui membru de familie	45
Graviditatea	40
Dificultăți sexuale	40
Creșterea numărului membrilor de familie	40
Modificări în afaceri sau la serviciu	40
Schimbarea reședinței	40
Modificări ale stării financiare	35
Moartea unui prieten apropiat	35
Schimbarea profesiei	35
Exacerbarea tensiunilor conjugale	35
Pierderea unor împrumuturi sau garanții	30
Preluarea unei răspunderi financiare majore	30
Schimbarea în responsabilitățile profesionale	30
Părăsirea căminului de către un copil	30
Conflicte cu rudele	30
Realizări personale ieșite din comun	30
Schimbarea în condițiile de viață	30
Probleme cu șefii	25
Modificări în activitățile de la biserică	25
Schimbarea orelor de serviciu și a condițiilor de lucru	20
Schimbarea programului și a condițiilor de somn	20
Schimbări în activitățile sociale	15
Concediu	15
Crăciun, Anul Nou	15
Mici conflicte cu legea	15

Principalul său avantaj este de a aborda examinarea **fiecărui sector de viață** (sănătate, viață conjugală, serviciu), cu **întrebări deschise** care permit să se recolteze evenimente puțin frecvente sau chiar absente în listele uzuale. LEDS poate, de asemenea, să surprindă evenimente reprezentate de o schimbare cognitivă brusc instalată, presupunând „o schimbare ulterioară".

Una dintre **dimensiunile cele mai importante ale evenimentelor** și pe care se sprijină pentru a le măsura gravitatea este **amenințarea pe termen lung**. Se înțelege prin aceasta un eveniment care continuă să cauzeze în mod obișnuit necazuri serioase după mai multe zile. De exemplu, să fi martor la un accident de circulație poate fi un eveniment tulburător, dar nu neapărat pentru un interval lung de timp, în comparație cu experiența pierderii serviciului sau a morții soțului.

Amenințarea este în raport de istoricitatea subiectului, respectiv cu scopurile, proiectele și interesele lui. O amenințare este deci ceva care, cel puțin două săptămâni după producerea evenimentului, va continua să pună în pericol interese importante pentru persoană.

Analiza contextului de ansamblu permite în mod egal de a judeca un eveniment în raport cu altele survenite în cursul aceleiași perioade.

Unii, cum ar fi **Tennant și colab.,** avansează ideea că ceea ce măsoară de fapt această metodă nu este un eveniment adevărat, ci un fel de **indice de stres social**, pentru că evenimentul este judecat în **contextul circumstanțelor** care îl înconjoară. La aceasta, **Brown** și **Harris** răspund că, în definitiv, proiectul lor este dincolo de dezbaterile conceptuale.

Întrucât scopul este nu de a separa noțiuni purificate, ci și de a reconstrui situații care prezic cu acuitate apariția tulburărilor psihice.

Demersul lor constă, deci, în a concepe un model de producere socială a depresiei, de a-l face operațional și de a-l verifica empiric; și, în final, de a desprinde modelul care ține cel mai bine seama de rezultatele obținute.

LEDS nu se mulțumește, așa după cum am subliniat, să considere numai **evenimentele**; el cuprinde și o întreagă serie de **dificultăți de viață**, a căror natură este mai cronică; respectiv, acestea sunt, în general, de o **durată mai mare de 6 luni**. De asemenea, în contextul socio-economic (creșterea unei chirii, spațiul neadecvat, venituri insuficiente) sau în cazul unor neînțelegeri cu șeful, aceste dificultăți reprezintă totuși dificultăți care vor fi codificate independent în protocol. De aici, o **scală în șase trepte,** care permite departajarea dificultăților în funcție de gravitatea lor. O analiză atentă a temelor acoperite permite să se vadă că ele înglobează **elemente esențiale ale tracasării cotidiene**, ca și **probleme de rol.**

Modelul implică, deci, conjugarea evenimentelor și a dificultăților; în studiul de la **Camberwell (1978), 40% dintre evenimente** sunt considerate ca **majore**, nu din cauza principalului lor impact, ci pentru că sunt **asociate cu dificultățile serioase**.

Pe de altă parte, **un sfert dintre evenimente produc o dificultate serioasă** prin impactul și consecințele lor pe termen lung, ceea ce le transformă în **evenimente majore.**

Problema de interpretare subliniată de autori este de a ști de ce o dificultate poate avea consecințe atât de tardive. Uzura pe termen lung sau incidența unui eveniment suplimentar acționează în final precum un declanșator.

Evenimentul nu este pe plan conceptual radical diferit de dificultatea de viață, decât prin caracterul său mai restrâns în timp.

Cea de-a treia axă a acestui model este formată din **factorii de vulnerabilitate**, definiți ca ansamblul caracteristic al stărilor unei persoane care fac să crească riscul de patologie în prezența unui agent declanșator, respectiv un eveniment sau o dificultate.

Studiul femeilor din mediile defavorizate ale cartierului Camberwell din Londra a permis să se pună în lumină **4 mari factori de vulnerabilitate**: absența unui raport intim cu soțul, pierderea mamei la o vârstă mai mică de 11 ani, prezența acasă a 3 copii mai mici de 14 ani, absența unei munci remunerate. Conceptul care integrează toți acești factori de vulnerabilitate este **stima de sine**.

Slaba stimă de sine, de exemplu, nu este necesar să fie permanentă. Ea poate fi întreținută de o situație obiectivă exterioară care, în cea mai mare parte a timpului, constă într-o absență a susținerii sociale sau într-o relație negativă cu anturajul.

Factorii de vulnerabilitate identificați au în comun faptul că realizează o frustrare, fie a unei trebuințe psihologice bazale, fie a unei nevoi de securitate sau de afecțiune în cazul lipsei de susținere sau a pierderii mamei la vârstă mică, fie a unei nevoi de afirmare, în cazul unei femei „prizoniere" în căminul său.

Modelul implică aici că acești factori induc afecte negative: tristețe, plictiseală, furie, fără ca prin aceasta să provoace tulburări psihice. Trebuie să intervină o agresiune mai directă – un agent declanșator – pentru ca depresia să fie însoțită de tulburări.

Ar fi, totuși, fals de a concepe un factor de vulnerabilitate ca pe un simplu fundal, acționând în mod pasiv.

În acest sens, factorul de vulnerabilitate care este lipsa de atenție din partea părinților în timpul copilăriei, conduce la o dinamică care antrenează **situații care produc evenimente**. Se poate chiar ajunge la **situația ca același obiect să fie sursă de vulnerabilitate și, totodată, agent declanșator.**

IMPORTANȚA INTERACȚIUNILOR

Cercetări pe eșantioane de populație, în ultimii 10 ani, nu lasă nici un dubiu asupra importanței etiologice a evenimentelor majore și a dificultăților serioase de viață pentru a explica debutul unui episod depresiv.

Cercetarea cea mai recentă făcută în cartierul Islington din Londra a permis realizarea unui pas înainte considerabil pentru înțelegerea impactului anumitor **evenimente majore, care corespund unor roluri sau dificultăți**.

S-au distins de altfel **evenimente - E -** care sunt asociate unui angajament profund de implicare într-unul dintre cele 5 **domenii** următoare: copii, căsătorie, munci casnice, servicii și activități exterioare.

Nu este necesar ca persoana să fie fericită în acest aspect al rolului său. Determinantă este valoarea, idealul investit în acest domeniu. Aceste rezultate au dat dreptate lui **Pearlin** și **Schooler** care au scos în relief importanța rolului, precizând că **evenimentul legat de rol**, mai mult decât dificultățile cronice, este cel determinant în etiologia depresiei.

Un al doilea tip de corespondență provine din **conjugarea între un eveniment major** și o **dificultate subiacentă**. Acest tip de eveniment este numit **eveniment D**. Dificultatea trebuie să se întindă pe **mai mult de 6 luni**, dar nu este cazul ca ea să fie cauza evenimentului. O serie de cercetări ulterioare au permis determinarea, în primul rând, a faptului că aceste evenimente sunt, în general, **mai grave decât cele non-D**. Și o a doua caracteristică este aceea că evenimentele D provoacă mult mai adesea o reacție de disperare.

Cel de-al treilea tip de corespondență identificată este cel care asociază **evenimentul** unui **conflict de roluri: evenimentul R**. Acest conflict poate să decurgă la fel de bine dintr-o tensiune între două roluri, cel de mamă și cel de salariată, sau dintr-o ten-

siune înăuntrul aceluiași rol. Se vorbește aici, de preferință, de o **ambiguitate a rolurilor**. Evenimentele **R** sunt încă o dată corelate cu depresia, dar efectul lor îl reia aproape integral pe cel al evenimentelor **D**.

PRINCIPIUL SUMĂRII

Utilizatorii de liste de evenimente consideră **stresul** ca **egal cu suma evenimentelor trăite**, dar trebuie să spunem că probele actualei ecuații sunt departe de a fi convingătoare

Echipa de la Bedford a fost total sceptică în raport cu această poziție. Ea este mai curând de acord că singur **evenimentul major este suficient** ca să provoace depresie și că **efectul său nu are nevoie de a fi amplificat de un alt eveniment independent**.

Analizele eșantionului de la Islington i-au confirmat opinia. Singura **excepție** valabilă apare atunci când **evenimentele majore sunt legate între ele** și când **unul din cele 3 tipuri de corespondență este prezent**. Cu cât mai mult un eveniment are corespondențe, cu atât el riscă să conducă la depresie.

La femeile care au trăit un eveniment major, rata de depresie este de 27% - dacă există o singură corespondență; 50% - dacă există 2 corespondențe; și 100% dacă există 3 corespondențe. Ca urmare a analizei care a regrupat protocoalele unde s-au observat 2 evenimente majore s-a propus un **indice de legătură** - *link*, pentru a face **distincția între evenimente care au o relație între ele** și **cele care n-au**.

Problema de a cunoaște dacă 2 evenimente nelegate pot să-și combine efectele nu este încă definitiv rezolvată.

Echipa de la Bedford, în pofida poziției sale contrarii de la început, întrevede că ar putea găsi aici un efect de sumare, fără a se putea împiedica totodată să-l citeze pe **Thomas Hardy**, pentru care două probleme simultane nu vor forma niciodată o problemă dublă, și care evocă faptul că „un necaz te poate face să-l uiți pe altul!".

VULNERABILITATE ȘI AGENȚI DECLANȘATORI

Factorul de vulnerabilitate este nici mai mult nici mai puțin **un catalizator care amplifică efectul unui agent declanșator**, fie el eveniment major sau dificultate de viață serioasă, și care nu este eficace decât în legătură cu aceștia.

Alți factori în afara celor anterior menționați sunt: măsura aprecierii stimei de sine, relațiile negative cu personaje-cheie din anturaj și chiar importanța absenței suportului social în timpul crizei.

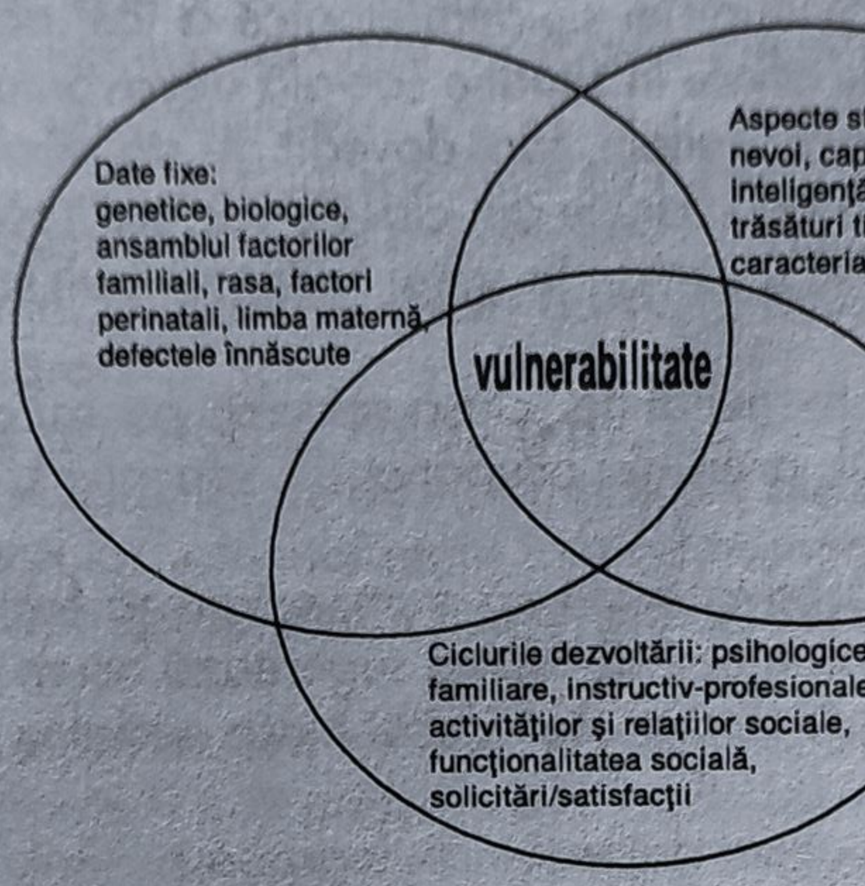
Interesul acordat pierderii mamei a fost – printre altele – înțeles ca o carență a îngrijirilor din partea părinților sau a substituenților parentali.

SUPORT SOCIAL

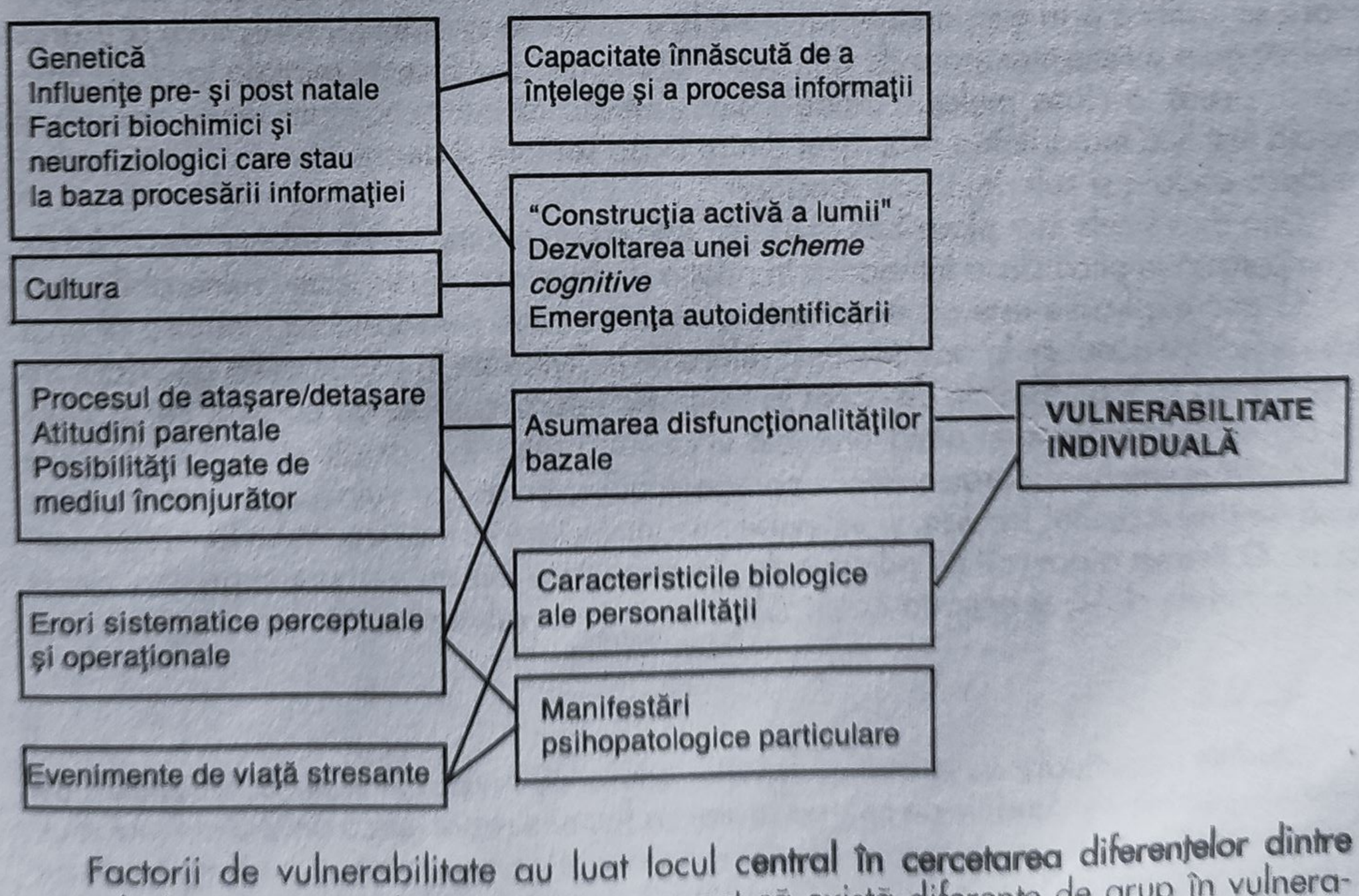
Termenul de **suport social** a fost larg folosit pentru a desemna **mecanismele prin care relațiile interpersonale protejează persoanele de efectele dăunătoare ale stresului**. S-a susținut existența unei relații consecvente între bolile psihiatrice și factori precum: expresia receptării pozitive (încurajatoare), expresia de acord (aprobare) a convinge-

rilor și sentimentelor unei persoane, încurajarea exprimării deschise a opiniilor, oferirea de sfaturi sau de informații.

Problema dacă fiecare din aceste aspecte ale suportului sunt asociate cu vulnerabilitatea în cazul bolilor psihice s-a cercetat de către numeroase echipe. Rezultatele sugerează intens faptul că **suportul social poate oferi protecție impotriva tulburărilor emoționale legate de crizele de viață.** Totuși, experimentele cu care s-a intervenit nu au reușit să explice mecanismul prin care apar aceste influențe.



Factori implicați în modelul vulnerabilității individuale după **Perris, 1992**



Factorii de vulnerabilitate au luat locul **central în cercetarea** diferențelor **dintre grupuri**. Aceste cercetări au arătat consecvent că există diferențe de grup în vulnera-

bilitatea la stres. Rezultă și că acești factori joacă un rol important în explicarea diferențelor în frecvența de apariție a bolilor psihice.

M. Lăzărescu afirmă că vulnerabilitatea este un concept modern care tinde să ia locul conceptului greu comprehensibil de ***determinism endogen.***

CLASA SOCIALĂ

O asociere veche și fermă a psihiatriei epidemiologice a fost aceea dintre clasa socială și boala psihică. Persoanele aflate în situație socială dezavantajoasă ar avea o rată mai ridicată de boli psihice decât ceilalți, fapt dovedit de statisticile terapeutice.

Studiile respective au arătat că persoanele din clasele sociale inferioare au o probabilitate mai ridicată de spitalizare, și rămân în spital mult mai mult timp decât cei din „middle class" (pătura de mijloc).

Alte studii ulterioare au folosit termenul de „clasă socială" pentru a descrie dimensiuni diferite, precum: venit familial, prestigiu ocupațional, educație și chiar conceptul marxist de „clasă".

Cea mai recentă lucrare descriptivă arată că e important să faci asemenea discriminări, mai degrabă decât să le combini. Evidența sugerează acum faptul că **venitul** - la bărbați, și **educația** - la femei, încă mai mult decât clasa socială, se corelează cu psihopatologia.

Mai mult, efectul venitului este acum datorat mai degrabă posibilităților personale de a câștiga, decât venitului familial, ceea ce implică faptul că **adversitatea financiară nu este un factor operațional central.**

Excesul de probleme de sănătate mintală ale persoanelor de clasă socială inferioară se justifică prin expunerea mai mare la experiențe stresante. Problemele stresante de viață au o putere mai mare de a provoca probleme de sănătate mintală la clasa inferioară, decât la clasa mijlocie (middle class). Această vulnerabilitate legată de clasa socială justifică majoritatea asociației dintre clasa socială și depresia majoră, ca și dintre clasa socială și suferința non-specifică.

Una dintre cele mai plauzibile explicații este că un anumit tip de selecție sau valul de incompetență implică clasa inferioară în relația dintre clasă și, respectiv, vulnerabilitate.

O altă explicație este că **experiența de viață** a unei persoane ca membru al unei clase specifice **conduce la apariția unei diferențe individuale în capacitatea de adaptare (coping),** ca și în **diferențele de acces la resursele interpersonale de coping.** Persoanele din clasele inferioare sunt dezavantajate în privința relațiilor sociale suportive. Studiile indică, de asemenea, caracteristicile personalității asociate cu vulnerabilitatea la stres: stimă de sine scăzută, fatalism și inflexibilitate intelectuală - mai frecvente la aceste persoane. **G.Brown** a dovedit că persoanele din această clasă au mai puțini prieteni decât cei din middle class, și aceasta contribuie la creșterea vulnerabilității lor.

SEXUL

Studiile comunitare au arătat că femeile adulte au nivele de 2 ori mai crescute de suferință psihiatrică. Studiile de caz au arătat că femeile raportează de 2-3 ori mai mult decât bărbații un istoric de boală afectivă. Cele mai multe cercetări au fost făcute pe această categorie de boli în ultimii 10 ani, pe 2 direcții principale:

1. **Evaluarea indirectă a stresului legat de rol:** În ultimul deceniu perspectiva dominantă era aceea că femeile sunt relativ dezavantajate față de bărbați, pentru că rolurile lor le expun la un stres cronic mai mare.
2. A doua direcție a examinat **evenimentele stresante**. S-a arătat că, în prezicerea suferinței nespecifice, există o interacțiune semnificativă între sex și evenimentele neplăcute, femeile părând mult mai vulnerabile decât bărbații.

În legătură cu aceasta s-au avansat următoarele ipoteze:

a) femeile sunt dezavantajate în accesul la suportul social;
b) femeile sunt mai puțin avantajate în folosirea strategiilor eficiente de adaptare;
c) caracteristici specifice de personalitate.

Deși analize centralizate ale inventarelor evenimentelor de viață arată că, în medie, femeile sunt mai vulnerabile decât bărbații, totuși, pentru unele evenimente acest lucru nu este adevărat.

Încercările de până acum nu au găsit, de exemplu, că femeile suferă mai mult decât bărbații în crizele majore de viață, precum pierderea slujbei, divorț sau văduvie.

Vulnerabilitatea lor este mai mare în mod esențial asociată cu evenimente care se întâmplă persoanelor apropiate lor; de exemplu: decesul unui prieten sau al unei prietene.

Impactul mai mare asupra femeilor al evenimentelor care se petrec în cadrul rețelei de relații sociale poate fi interpretat în mai multe feluri:

O explicație a acestei diferențe este legată, probabil, de faptul că femeia oferă mai mult suport celor din jur - decât bărbatul - și că aceasta creează stres în solicitări, ceea ce poate să ducă la tulburări psihiatrice.

O altă explicație este că femeile ar fi mai empatice decât bărbații și și-ar extinde interesul și preocupările asupra unei game mai largi de persoane.

Pare, deci, că evenimentele care au loc în rețeaua de relații sociale ar putea justifica o parte semnificativă a relațiilor dintre suferință - sex - stres.

CAPITOLUL 5

COMUNICAREA ŞI RELAŢIA MEDIC-PACIENT

A comunica semnifică a pune sau a avea ceva în comun.

L. Sfez

Ceea ce plasează insul în chip fundamental în existenţa umană este comunicarea, relaţia fiinţă cu fiinţă care probabil nu are replică în univers.

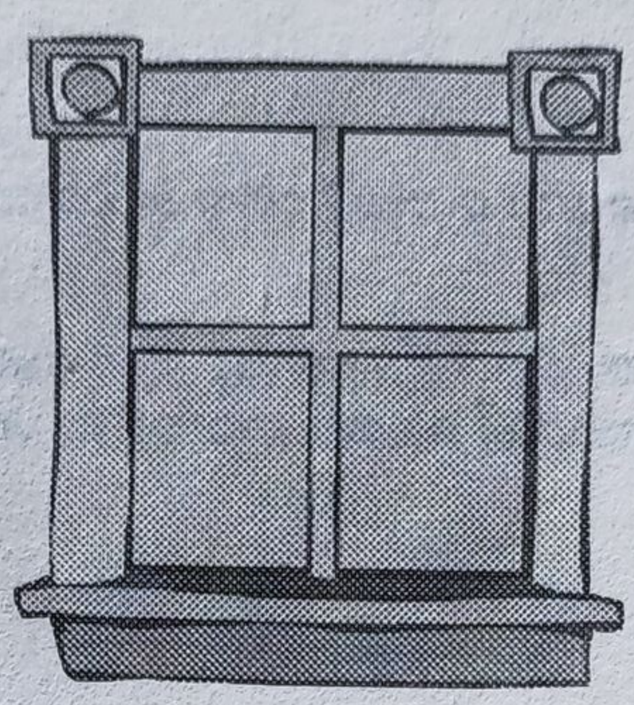
E. Pamfil

Fereastra DONA
Factori care perturbă comunicarea
Comunicarea medic-pacient
Relaţia medic-pacient
Modelul biopsihosocial
Comportamentul faţă de boală
Relaţia medic-pacient
Modele ale relaţiei medic-pacient
Stabilirea relaţiei
Transfer şi contratransfer
Medicii ca pacienţi
Medicul şi patologia psihologică profesională
Evaluarea sindromului de burnout la medici şi personalul medical
Câteva ipostaze speciale ale relaţiei medic-pacient
Aspecte ale dinamicii relaţiei medic-pacient
Formular pentru observarea şi evaluarea comunicării interpersonale medic-pacient

FEREASTRA DONA

O bună comunicare este o condiţie fără care desfăşurarea actului medical de calitate este doar o utopie. Descoperirea adevăratei naturi a problemelor pacientului, traducerea acesteia într-un diagnostic şi comunicarea acestui diagnostic pacientului depind în mare măsură de o bună comunicare între doctor şi pacient. Satisfacţia pacientului, complianţa la tratament şi rezultatele acestui tratament depind de aseme-

nea de calitatea acestei interacțiuni între medic și pacient. Mai mult, nevoia unei bune comunicări este proporțională cu durata pe care îngrijirile de sănătate se desfășoară și crește în momentul în care se face translația de la îngrijirile suferințelor acute la cele ale suferințelor cronice.



Comunicarea medic-pacient este o comunicare directă, față în față, nemediată și neformalizată. Între cei doi subiecți ai transferului de informație are loc un schimb continuu de informații, care îi conduce pe fiecare din cei doi parteneri către obiectivele precise ale întrevederii: aflarea răspunsurilor în legătură cu modificarea stării de sănătate, remediile propuse pentru înlăturarea acestora, modalitățile practice de acțiune. În afara acestui fascicol de informații, să-i zicem central, are loc și o altă trecere de mesaje secundare, care permit răspunsul la o serie de probleme „periferice". Totuși, calitatea relației și gradul de satisfacție personală privind comunicarea, sunt date de suma celor două transferuri de informații: central și periferic, precum și de angajamentul în procesul de comunicare al celor doi parteneri medic/pacient. Pentru a încerca să lămurim mai atent felul în care relația de comunicare se derulează, am apelat la conceptul de fereastră de comunicare.

Aceasta este conceptualizată ca având patru zone pătrate prin care cei doi parteneri, față în față, comunică. Unul este doctorul, pe care l-am numit DO, iar celălalt este pacientul/pacienta pe care îl vom numi NAe sau NAdia pentru a reuși o formulă memotehnică a zonelor ferestrei DONA.

DESCHISĂ *INTERACȚIUNE*	OARBĂ *VULNERABILITATE*
ASCUNSĂ *INTIMITATE*	NECUNOSCUTĂ *DEZVĂLUIRE*

Zona D reprezintă comportamentul cunoscut de sine și de ceilalți. Acesta arată în ce măsură două sau mai multe persoane pot da și primi în mod liber, pot lucra împreună, se pot bucura de experiențe comune. Cu cât este mai mare acest pătrat, cu atât

contactul persoanei respective cu realitatea este mai bun și cu atât este persoana mai pregătită să-și ajute prietenii și pe sine însuși.

Zona O, zona oarbă, reprezintă comportamentul necunoscut de către sine, dar care este evident pentru ceilalți. Cea mai simplă ilustrare a acestui pătrat o reprezintă ticurile sau ticurile verbale, de care persoana respectivă nu este conștientă, dar care sunt evidente pentru ceilalți. De exemplu, tendința de a vorbi mult în cadrul unui grup poate fi evidentă pentru toată lumea, în afara celuia care o face.

Zona N este zona activității necunoscute unde comportamentul nu este cunoscut nici de individ, nici de ceilalți. Știm că această zonă există pentru că, atât individul, cât și ceilalți cu care acesta intră în contact, descoperă din când în când noi comportamente care existau de fapt dintotdeauna. Un individ poate fi surprins, de exemplu, de faptul că preia conducerea grupului într-un moment critic, sau o altă persoană poate descoperi că individul respectiv este foarte capabil să împace fracțiuni aflate în război.

Zona A reprezintă comportamentul cunoscut de către sine, dar ascuns celorlalți. Acest pătrat se mai numește și Agenda ascunsă. De exemplu, cineva dorește să primească o anume sarcină de la șeful său pentru a ieși în evidență prin ducerea la bun sfârșit a sarcinii respective, dar nu-i spune șefului de ce dorește această sarcină și nici nu încearcă într-un mod prea evident să o obțină.

Cele patru zone mai pot fi descrise și astfel:

	(CUNOSCUT DE CĂTRE SINE)	(NECUNOSCUT DE CĂTRE SINE)
(CUNOSCUT DE CEILALȚI)	D PARTEA PUBLICĂ A SINELUI Date despre mine și comportarea mea, cunoscute atât mie, cât și celorlalți. Nu am probleme cu aceste aspecte.	O PARTEA INCONȘTIENTĂ A SINELUI Date despre mine, pe care ceilalți le observă, dar pe care eu nu le cunosc.
(NECUNOSCUT DE CEILALȚI)	A PARTEA PRIVATĂ A SINELUI Date despre mine, pe care le știu numai eu și sunt necunoscute de ceilalți.	N PARTEA POTENȚIALĂ A SINELUI Date despre mine, care sunt necunoscute stât pentru mine, cât și pentru ceilalți.

O serie de factori pot perturba comunicarea dintre medic și pacient. Aceștia pot fi grupați, în mod didactic, în următoarele trei categorii: factori fizici, factori interni și factori semantici. Dintre factorii fizici, care au o acțiune de distorsionare a mesajului, vom enumera:

1. deficiențele verbale (balbismul, bolile laringiene)
2. deficiențele acustice (hipoacuzia, surditatea)
3. amplasamentul (poziția vorbitorului în raport cu ascultătorul)
4. iluminarea (slaba iluminare împiedică receptarea comunicării non-verbale)
5. temperatura (căldura excesivă sau frigul crează o stare neplăcută celor doi parteneri)
6. ora din zi (în cea de a doua parte a zilei comunicarea devine mai dificilă datorită acumulării oboselii)
7. durata întâlnirii (întâlnirile pe fugă sau prea prelungite sunt ineficiente)

FAȚĂ ÎN FAȚĂ

OCHIUL IA ȘI DĂ ÎN ACELAȘI TIMP

→	←
EU ÎL VĂD PE CELĂLALT	CELĂLALT MĂ VEDE PE MINE
D: CE ȘTIU EU DESPRE MINE	D: CE ȘTIE ALTUL DESPRE MINE
O: CE ȘTIE ALTUL DESPRE MINE	O: CE NU ȘTIU EU DESPRE MINE
N: CE NU ȘTIU NICI EU DESPRE MINE	N: CE NICI ALTUL NU ȘTIE DESPRE MINE
A: CE ȘTIU EU DESPRE MINE	A: CE NU ȘTIE ALTUL DESPRE MINE

FACTORII CARE PERTURBĂ COMUNICAREA

FACTORII CARE PERTURBĂ COMUNICAREA		
FIZICI:	INTERNI:	SEMANTICI:
• DEFICIENȚE VERBALE • DEFICIENȚE ACUSTICE • AMPLASAMENTUL • ILUMINAREA • TEMPERATURA • ORA DIN ZI • DURATA ÎNTÂLNIRII	• IMPLICAREA POZITIVĂ/NEGATIVĂ • FRICA • AMENINȚAREA STATUTULUI • PRESUPUNERI SUBIECTIVE • PREOCUPĂRI ASCUNSE • FANTASME	• VOCABULAR • GRAMATICĂ • SINTAXĂ • CONOTAȚIILE EMOȚIONALE ALE UNOR CUVINTE

VORBITORUL (ARE O IDEE BAZATĂ PE *EXPERIENȚA SA*)	BARIERE EXTERNE	ASCULTĂTORUL (SUNETELE ACTIVEAZĂ NERVUL ACUSTIC AL ASCULTĂTORULUI)
• VORBITORUL DESCRIE IDEEA CU AJUTORUL SUNETELOR • FILTRE ÎN MINTEA VORBITORULUI: EXPRIMAREA	• FIZICE • SEMANTICE	• CREIERUL ASCULTĂTORULUI RĂSPUNDE CU O IDEE BAZATĂ PE EXPERIENȚA PROPRIE • FILTRE ÎN MINTEA ASCULTĂTORULUI: ÎNȚELEGEREA

Dintre factorii interni pot perturba comunicarea următoarele situații:

1. implicarea afectivă (atât implicarea pozitivă, cât și negativă tulbură precizia comunicării, precum și felul în care ea este percepută de auditor);
2. frica (teama comunicatorului că, prin ceea ce comunică, ar putea intra într-o situație neplăcută sau cea a ascultătorului - că ar putea auzi lucruri neconvenabile, vor perturba mesajul);
3. amenințarea statutului (dacă cel ce comunică nu este sigur de faptul că ceea ce comunică nu îi amenință imaginea personală, va evita să transmită mesajul complet sau va denatura anumite părți din el);
4. presupuneri subiective (dacă vorbitorul crede că ascultătorul îi este ostil sau indiferent și mesajul va fi distorsionat);
5. preocupări ascunse (dacă unul din parteneri are o preocupare diferită decât scopul pentru care se află în relația de comunicare - pecuniară, erotică - mesajul va fi perturbat);
6. fantasme (dacă medicul sau pacientul au o anumită imagine, pozitivă sau negativă, despre propria persoană diferită de realitate, aceasta va influența negativ comunicarea).

Dintre factorii semantici care perturbă mai frecvent comunicarea menționăm următoarele categorii:

1. vocabularul incomplet sau prea tehnicist vor face imposibilă comunicarea;
2. gramatica (greșelile gramaticale vor denatura comunicarea, scăzând relația de încredere și depreciind imaginea celui care le face, mai ales atunci când aceasta este medicul);

3. sintaxa (construcţiile verbale prea complicate sau după modelele altor limbi, perturbă relaţia de comunicare.
4. conotaţiile emoţionale ale unor cuvinte (anumite cuvinte, cu semnificaţie deosebită pentru unul dintre partenerii comunicării, vor perturba mesajul prin polarizarea atenţiei sau suprasemnificarea unor fragmente de mesaj)

COMUNICAREA MEDIC - PACIENT

În opinia lui **A. Restian (1997)** practica medicală are ca fundament interpretarea comunicării non-verbale, observaţia atentă. Informaţiile non-verbale pe care le transmite pacientul sunt de natură fizică, biologică, medicală, socială, culturală. Din punct de vedere medical, prin informaţiile non-verbale pe care le culege, medicul adună date semiologice esenţiale pentru demersul său diagnostic, date cu valoare aproape absolută în specialităţi ca dermatologia sau neurologia. Faciesul, aspectul pielii, atitudinile, mişcările, mersul, scrisul, pot da informaţii valoroase în multe afecţiuni. Acest autor atrage atenţia asupra comunicării non-verbale care interesează în egală măsură celălalt element al binomului medic-pacient. Pacientul la rândul său examinează şi urmăreşte medicul în tot ceea ce înseamnă atitudinea sa.

Medicul nu trebuie să uite niciodată că prin comportamentul său el comunică ceva pacientului. Pacientul sesizează dacă medicul este atent, interesat de relatarea sa, îi apreciază atitudinea calmă şi răbdătoare, vocea adaptată situaţiei. Pacientul nu iartă niciodată atitudinea de dezinteres, de ignorare pe care o are uneori un medic. **T. Rudică şi D.Costea** subliniază faptul că medicul trebuie să fie atent la propriile-i gesturi şi reacţii (clătinarea capului, aerul neliniştit etc.) pe care bolnavul le interpretează imediat dar despre care nu îndrăzneşte să vorbească. Aceiaşi autori afirmă că relatările rezultatelor încă nesigure ale unor examene sunt profund dăunătoare ca şi examinările abuzive sau prelungirea nejustificată a tratamentelor.

RELAŢIA MEDIC - PACIENT

Relaţiile dintre doctori şi pacienţi implică o varietate de impresii contrarii, mergând de la idealizarea romantică până la disperare cinică. Referitor la elementele ei de bază, relaţia este caracterizată prin percepţiile pe care fiecare participant le are despre interesele, motivaţiile, capacitatea de înţelegere a celuilalt şi respectul acordat celuilalt. După modul în care fiecare participant îşi joacă rolul, bazat pe diferite expectaţii se pot crea premizele, fie pentru o relaţie satisfăcătoare şi eficientă, fie pentru alta suspicioasă cu frustrări şi dezamăgire.

Pacienţii sunt în mod tipic toleranţi faţă de limitele terapeutice ale medicinei într-un context în care se simt respectaţi şi ascultaţi în mod autentic de către medic.

Doctorii lucrează cu oameni bolnavi şi nu cu sindroame patologice, iar oamenii bolnavi aduc în relaţia medic-pacient o influenţă complexă între factorii biologici, forţele psihologice şi condiţiile sociale. Un doctor care nu înţelege inevitabilitatea acestor influenţe va nesocoti sau va fi lipsit complet de informaţiile relevante pentru diagnostic, tratament, complianţă şi prognostic.

MODELUL BIOPSIHOSOCIAL

G. Enegel a fost cel mai important susținător al bolii care pune accentul pe abordarea integrată, sistemică, a comportamentului uman și al bolii.

Modelul biopsihosocial este derivat din teoria generală a sistemelor. Sistemul biologic pune accentul pe substratul atomic, structural și molecular al bolii și impactul său asupra funcționării biologice a pacientului. Sistemul psihologic pune accentul pe impactul factorilor psihodinamici al motivației și personalității privind trăirea bolii și reacția la ea. Sistemul social pune accentul pe influențele culturale de mediu și familiale asupra exprimării bolii și trăirii ei.

Enegel a susținut că fiecare sistem poate afecta și poate fi afectat de oricare dintre celelalte. Modelul lui **Enegel** nu susținea că boala medicală este rezultatul direct al factorilor psihologici și socio-culturali, ci încurajează mai degrabă o înțelegere mai adecvată a bolii și tratamentului. Un exemplu ilustrativ al acestei concepții privind modelul biopsihosocial a fost un studiu din 1971 despre relații dintre moartea subită și factorii psihologici. După investigarea a 170 de morți subite timp de 6 ani, el a observat că boli severe și chiar moartea erau asociate cu stres psihologic sau traume. Printre elementele cu potențial precipitant: moartea unui prieten apropiat, supărări, reacții aniversare, pierderea încrederii în sine, pericol personal și teamă cu relaxare după ce pericolul a trecut, contactul cu mulțimi sau reușite deosebite.

Relația medic-pacient este o componentă critică a modelului biopsihosocial. Orice medic trebuie nu doar să aibă cunoștințe practice despre starea medicală a pacientului, dar și să fie familiarizat asupra psihologiei individuale a pacientului. Și mediul socio-cultural influențează condiția medicală, răspunsurile emoționale la starea de boală și relația cu medicul.

COMPORTAMENTUL FAȚĂ DE BOALĂ

Comportamentul față de boală este un termen folosit pentru a descrie reacțiile pacientului la trăirea de a fi bolnav. Unii descriu acest comportament ca rol de bolnav. Rolul de bolnav este rolul pe care societatea îl atribuie persoanei bolnave deoarece ea (el) este bolnav. Caracteristicile rolului de bolnav cuprind factori ca pretexte pentru neasumarea de responsabilități și așteptări de a fi ajutat pentru a-ți fi mai bine. **E. Suchman** descrie 5 stadii ale comportamentului de boală:

- apariția pe scenă a simptomului (ceva nu e în regulă)
- asumarea stadiului de rol de bolnav (cineva are nevoie de doctor)
- faza de contact medical (se caută un doctor)
- etapa de rol de pacient dependent (decizia de a transfera controlul doctorului și de a urma tratamentul prescris)
- vindecarea (faza de reabilitare, renunțarea la rolul de pacient). Comportamentul la boală și rolul de bolnav sunt influențate de experiența anterioară a persoanei față de îmbolnăviri și de convingerile culturale despre boală. Trebuie întotdeauna evaluată influența culturală privind relatarea și prezentarea simptomelor.

Relația între îmbolnăvire și evenimentele familiare, statutul social și identitatea etnică sunt importante. Atitudinile persoanei, ținând cont de cultura căreia îi aparține, despre dependență și deznădejde, influențează mult modul și dacă o persoană va cere ajutor, așa cum se întâmplă datorită unor factori psihologici ca tipul de personalitate și

semnificaţia personală care se atribuie bolii ca experienţă. Exemplu: persoane diferite reacţionează la boală în diferite feluri, depinzând de modelele lor obişnuite de gândire, trăire afectivă şi comportament. Unii pot trăi boala ca pe o pierdere copleşitoare, în timp ce alţii consideră că este o provocare care te pune în încurcătură sau o pedeapsă pentru care se simt vinovaţi.

EVALUAREA COMPORTAMENTULUI INDIVIDUAL LA BOALĂ PRIN CARE DEVII PACIENT ŞI CAUŢI ÎNGRIJIRE

- episoade anterioare de boală, în special afecţiuni cu severitate standard (naşteri, litiază, operaţii chirurgicale);
- gradul cultural de stoicism;
- convingerile culturale privind problema specifică;
- semnificaţia personală sau convingerile despre problema particulară;
- întrebări de pus pentru a provoca răspunsuri explicative ale procentului:
  1. Care este problema dumneavoastră?
  2. Ce credeţi că a provocat-o?
  3. De ce credeţi că a început în acel moment?
  4. Prin ce vă supără boala?
  5. Cât de severă este? Ce evoluţie a avut?
  6. De ce vă temeţi cel mai mult în legătură cu suferinţa dumneavoastră?
  7. Care sunt dificultăţile esenţiale pe care boala vi le provoacă?
  8. Ce fel de tratament ar trebui să primiţi? Care sunt cele mai importante rezultate pe care le speraţi de la tratament?
  9. Ce aţi făcut până acum pentru a vă trata boala?

(Lipkin, 1989)

MODELE ALE RELAŢIEI MEDIC/PACIENT

Există un număr de modele potenţiale. Deseori nici medicul, nici pacientul nu sunt pe deplin conştienţi că în realitate se aleg unul pe altul. Modelele cel mai adesea derivă din personalităţile, expectaţiile şi nevoile ambilor. Faptul că la aceste personalităţi aşteptările şi nevoile sunt în general trecute sub tăcere şi pot fi destul de diferite pentru doctor şi pacient pot conduce la o proastă comunicare şi dezamăgire din partea ambilor participanţi. Medicul trebuie să cunoască modelul care este operant pentru un anumit pacient şi să fie capabil să schimbe modelele în funcţie de nevoile particulare ale anumitor pacienţi şi de necesităţile de tratament în situaţii clinice specifice.

Modelul medical, încă prevalent, consideră consultaţia un simplu decor în care doctorul îşi desfăşoară munca de diagnostic şi tratament. Cu toate că acest model de consultaţie este tradiţional şi comod pentru medic; el a fost în ultimele decenii ţinta unor puternice contestări şi este tot mai puternic contestat. După **C. S. Oană (1997)** conform acestui model accesul pacientului la medic şi contactul cu acesta implică executarea unor veritabile ritualuri:

1. umilinţa pacientului care trebuie să-şi afirme neajutorarea;
2. etalarea suferinţei într-un mod standardizat sub formă de simptome;
3. programarea la consultaţie sau înscrierea pe o listă de aşteptare;

4. *îmblânzirea spiritelor care îl înconjoară pe doctor (asistente, infirmiere, secretare, portari);*
5. *pacientul trebuie să-și sacrifice părți din corpul său ca să câștige atenția medicului: sânge, urină, țesuturi pentru analize;*
6. *doctorul este îmbrăcat într-o uniformă simbolică, întronat în spatele unui birou și tăcut ca un sfinx;*
7. *pacientul, din contră, stă gol pe un scaun sau pe o canapea, (și asta numai pentru că s-a pierdut bunul obicei al îngenunchierii!), corpul și spiritul lui fiind accesibile doctorului;*
8. *doctorului, ca și prezicerile* Pythiei *la oracolul din* Delphi, *sunt ambigue și, de obicei, într-o limbă inaccesibilă pacientului.*

„Noul val" care tinde să schimbe aceste paradigme ia în considerare tot mai mult faptul că pacientul nu funcționează ca o mașină care s-a defectat, ci are sentimente, iar doctorul la rândul lui, nu este o mașină de pus diagnostice și elaborat tratamente, având la rândul lui sentimente. Pe creasta „noului val" plutesc conceptele moderne cum ar fi: abordarea „holistică", „suferința și deprofesionalizarea medicinei", „medicalizarea excesivă a vieții", „drepturile pacientului și consimțământul informat" etc. În medicina modernă se trece dincolo de aspectul clinic al consultației, **relația psihologică** fiind un complement indispensabil în înțelegerea bolii și bolnavului. Modelul comportamentalist care deplasează accentul de pe doctor pe pacient înseamnă o coborâre voluntară a medicului de pe piedestalul autoritarist și îndepărtarea de stereotipul autocratic. Una dintre primele teorii care descrie cel mai bine modelul medical actual este teoria rolurilor.

Modele Specifice

1. Modelul activ/pasiv
2. Modelul profesor-student (părinte/copil, sfătuire/cooperare)
3. Modelul participării mutuale
4. Modelul prietenesc (socio-familiar)

1. **Activ/Pasiv.** Completa pasivitate a pacientului și preluarea de către medic a tratamentului. Pacientul nu își asumă virtual nici o responsabilitate pentru propria îngrijire și nu participă la tratament. Acest model este adecvat atunci când pacientul este inconștient, imobilizat sau în delirium.

2. **Profesor/Student.** Dominarea de către medic, al cărui rol este paternalist și de control. Rolul pacientului este în mod esențial unul de dependență și așteptare. Este un model specific observat în timpul vindecării după o operație (în chirurgie). **T.Rudică și D.Costea (1996)** consideră că este modelul cel mai frecvent al relației medic-bolnav. În toate afecțiunile în care pacientul își poate manifesta voința și spiritul critic, medicul îi cere această cooperare. După punerea diagnosticului, medicul dirijează, îndrumă – într-o manieră mai mult sau mai puțin autoritară – și apreciază cooperarea pacientului; pacientul poate deci să aibă o opinie prin care să demonstreze că apreciază și înțelege ceea ce i se spune (dar se constată că el greșește adesea în aprecierile pe care le face).

3. **Modelul participării mutuale.** Implică egalitate între medic și pacient. Ambii participanți au nevoie și depind de aportul celuilalt. Nevoia de o relație medic-pacient bazată pe un model de participare mutuală și activă este cel mai evident în tratamen-

tul unor boli cronice ca IRC, diabet în care cunoştinţele pacientului şi acceptarea tratamentului sunt puncte critice pentru succesul tratamentului. Este de asemeni eficient în situaţii mai delicate ca pneumonia. Această participare presupune un model psihologic foarte complex şi cel mai evoluat: pacientul poate aprecia ceea ce-i recomandă medicul, iar medicul trebuie să evalueze cât mai corect trebuinţele momentane sau cele constante ale pacientului.

4. Prietenia este considerată ca un model disfuncţional, dacă nu chiar neetic. Reprezintă adesea o problemă psihologică primară şi de profunzime care are o nevoie emoţională în a schimba îngrijirea pentru pacient într-o relaţie de împărtăşire mutuală a informaţiilor personale şi a dragostei.

Acest model adesea implică o perpetuare nedeterminată a relaţiei şi o ştergere a graniţelor dintre profesionalism şi intimitate mai degrabă decât un sfârşit adecvat

MODELUL PSIHODINAMIC AL LUI GEBSATTEL AL DISTANŢEI

Faza de apropiere	**Trăirile şi atitudinile bolnavului**	**Trăirile şi atitudinile medicului**
Faza apelului uman	Se exprimă plastic prin cuvintele: *„am nevoie de dumneavoastră"*	Manifestă o atitudine de înţelegere faţă de bolnav, satisfăcând solicitările acestuia (nu-l frustrează, deci, în aşteptările sale)
Faza îndepărtării sau *obiectivării*	Bolnavul spune despre medic: *„el trebuie să ştie ce am şi ce trebuie să îmi facă"* Fază dificilă pentru bolnav, mai ales dacă examenul clinic de laborator se prelungeşte: îşi poate, eventual, forma impresia că nu este decât un subiect de experimentări.	**„este un caz, nu o persoană oarecare"** Nu mai consideră bolnavul o persoană suferindă oarecare, ci un subiect de analiză ştiinţifică, trecând relaţiile afective pe un plan secund; creşte astfel distanţa între pacient şi medic. Dacă înainte ca diagnosticul să fie stabilit şi planul terapeutic pus la punct, medicul nu se apropie de bolnav şi îl consideră doar un caz medical, fără să vadă în acesta o persoană bine individualizată sub raport psihologic, de care trebuie să se ocupe, sentimentul frustrării, pe care bolnavul îl încearcă în această fază, se va accentua.
Faza personalizării	*„El mă înţelege şi mă va ajuta"*	*„El suferă, este bolnavul meu, eu pot să-l ajut"*

STABILIREA RELAŢIEI

Doctorii nu au timpul şi nici înclinaţia de a-şi asculta pacienţii şi de a lua în considerare sentimentele pacienţilor. Ei nu au destule cunoştinţe despre problemele emoţio-

nale și problematica socio-economică a familiei. De asemenea, se constată că medicii provoacă teamă dând explicații într-un limbaj prea tehnic. Deoarece factorii psihosociali și economici exercită o influență profundă asupra relațiilor umane, medicul ar trebui să aibă un grad cât mai ridicat de înțelegere a subculturii pacientului.

Insuccesul unui medic în a stabili un bun raport cu pacientul contează mult în ineficiența îngrijirii.

Existența unei bune relații înseamnă înțelegere și încredere între doctor și pacient. Diferențele în statutul social intelectual și educațional interferă în mod serios cu calitatea relației.

Înțelegerea sau lipsa de înțelegere a convingerilor pacientului, folosirea limbajului de specialitate și atitudinile față de boală influențează caracterul examinării medicale.

Evaluarea tensiunilor sociale din prima parte a vieții pacientului îl ajută pe doctor să-l înțeleagă mai bine. Reacțiile emoționale, starea de sănătate sau lipsa ei, sunt rezultatul unei continue influențe reciproce între forțele biologice, psihologice și sociologice. Fiecare stres lasă după el urme și continuă să se manifeste de-a lungul vieții direct proporțional cu intensitatea efectului lui și sensibilitatea unei persoane anume.

Acest stres și tensiuni vor fi determinate cât mai extins posibil. Totuși, punctul de maximă semnificație poate fi nu stresul prin el însuși, ci reacțiile persoanei. Stabilirea unei relații autentice depinde de asemenea de înțelegerea corectă a factorilor complecși interpersonali ca transferul și contratransferul.

MODELUL NIVELELOR RELAȚIEI MEDIC-PACIENT DUPĂ TATOSSIAN		
Nivelul	**Obiectivul**	**Modalitatea**
Nivelul intelectual	Înțelegerea și explicarea bolii în acord cu modelele științifice	Conceptualizare
Nivelul afectiv	Înțelegerea personalității bolnavului și a particularităților căilor sale subiective	Identificarea

TRANSFERUL

Transferul este definit de modelul general ca un set de așteptări, convingeri și răspunsuri emoționale pe care pacientul le aduce în relația medic-pacient; ele nu sunt determinate în mod necesar de cine este medicul, sau cum acționează el de fapt, ci mai degrabă pe experiențele continue pe care pacientul le-a avut de-a lungul vieții cu alte importante personalități, autorități.

Atitudinile transferențiale

Atitudinea pacientului față de medic este susceptibilă să fie o repetiție a atitudinii pe care el sau ea au avut-o față de alte autorități. Această atitudine poate varia de la o atitudine bazală realistă – în care doctorul se așteaptă la cel mai autentic interes din partea pacientului, la o supraidealizare și chiar cu o fantezie erotizantă până la una de neîncredere, așteptându-se ca medicul să fie disprețuitor și potențial abuziv.

Un pacient se poate aștepta ca doctorul să facă ceva, de exemplu să prescrie medicație sau să efectueze o intervenție chirurgicală și poate să accepte îngrijirea medicului și să o considere suficientă și adecvată numai dacă face aceste lucruri.

Inerent în această atitudine este rolul pacientului ca un recipient pasiv în relație cu rolul medicului considerat ca factor activ de ajutor. Un pacient la care aceste expectații sunt stabilite anterior se va simți nemulțumit dacă medicul are alte expectații. Alt pacient poate fi mai activ și se așteaptă să participe mai mult la tratament și, corespunzător, se va simți ciudat cu un doctor care nu dorește participarea pacientului.

CONTRATRANSFER

Așa cum pacientul aduce atitudini transferențiale în relația medic-pacient, doctorii înșiși dezvoltă adesea reacții contratransferențiale față de pacienții lor.

Contratransferul poate lua forma sentimentelor negative, care dezbină relația medic-pacient, dar poate de asemenea să devină disproporționat pozitiv, idealizând sau având reacții erotice.

Așa cum pacientul are față de medic expectații privind de exemplu competența, absența exploatării - speculării, obiectivitate, confort, ameliorare, medicii au adesea expectații inconștiente și nerostite față de pacienți.

Cel mai adesea pacienții sunt considerați ca buni pacienți dacă modul lor de aplicare a severității simptomelor se corelează cu o boală biologică diagnosticabilă clar

- dacă sunt complianți;
- dacă în general nu-și schimbă tratamentul;
- dacă sunt emoțional controlați;
- și dacă sunt recunoscători.

Dacă aceste expectații nu se îndeplinesc, chiar dacă acesta este rezultatul unei necesități inconștiente din partea medicului, pacientul poate fi blamat și perceput ca neplăcut, cu care nu se poate lucra sau rău.

Un medic care antipatizează un pacient e în pericol de a deveni ineficient în tratamentul lui. Emoțiile nasc contraemoții. De exemplu: dacă medicul este ostil, pacientul devine mai ostil, atunci medicul devine mai mânios și atunci apare o deteriorare rapidă a relației. Dacă medicul se poate ridica deasupra unor asemenea emoții și poate stăpâni pacientul refractar cu calm, poate avea loc o schimbare în relația interpersonală de la una de antagonism mutual clar la una în care cel puțin acceptanța și respectul sunt prezente. A te ridica deasupra acestor emoții implică lăsarea în urmă a reacțiilor intense, contratransferențiale și să explorezi (fără vreo pasiune) de ce pacientul reacționează față de medic într-o asemenea manieră aparentă de apărare.

În afară de toate, pacientul are nevoie totuși de doctor, iar ostilitatea garantează că ajutorul necesar nu va apare. Dacă medicul poate înțelege că opoziția pacientului este într-un fel defensivă sau de autoapărare și de cele mai multe ori reflectă teama transferențială față de lipsa de respect, abuz și dezamăgire, atunci doctorul va fi mai puțin supărat și mai empatic.

Medicii care au ei înșiși nevoi inconștiente puternice să fie atotcunoscători și omnipotenți, pot avea probleme particulare cu anumite tipuri de pacienți.

Acești pacienți pot fi de fapt dificil de stăpânit de majoritatea medicilor, dar dacă medicul este conștient pe cât posibil de propriile sale nevoi, capacități și limite, acești pacienți vor fi mai puțin amenințători. Acești pacienți îi includ pe următorii:

- pacienții care par să se apere de încercările de a-i ajuta (ex.: pacienții cu boli cardiace severe care continuă să fumeze sau să bea);
- cei care sunt percepuți ca necooperanți (ex.: pacienți care pun la îndoială sau refuză tratamentul);

- cei care mai caută o a doua opinie;
- cei care nu izbutesc să se însănătoșească - ca răspuns la tratament;
- cei la care acuzele fizice sau somatice maschează probleme emoționale (ex.: pacienții cu tulburări de somatizare, boală dureroasă somatoformă, hipocondrii sau boli simulate);
- cei cu sindroame psihice organice - demență senilă;
- cei care sunt pe moarte sau cu durere cronică - pacienți care reprezintă o nereușită profesională și, în acest fel, o amenințare pentru identitatea medicului și stima de sine.

MEDICII CA PACIENȚI

Un exemplu special de contratransfer apare atunci când pacientul tratat este medic. Problemele care pot apare în această situație includ: așteptările că medicul-pacient se va preocupa de propria medicație și tratament și teama din partea medicului terapeut de a fi criticat pentru competența sa.

Aparținând unui grup social clar definit și unui subgrup în care funcționează conform unor reguli diferite medicul, atunci când se îmbolnăvește, va avea o patologie care va fi nuanțată de apartenența sa subgrupală. Aparținând aceluiași subgrup, medicul care va trebui să își trateze un coleg, va trebui să țină seama de această particularitate care are efecte atât asupra diagnosticului cât și a actului terapeutic în sine.

Medicii bolnavi sunt pacienți cunoscuți în mod notoriu ca umili și modești și aceasta deoarece medicii sunt educați să controleze situația medicală și să stăpânească relația medic-pacient. Pentru un medic, să fie pacient, poate însemna să predea controlul, să devină dependent, să apară vulnerabil și înfricoșat, sentimente pe care majoritatea medicilor sunt educați să le reprime.

Un studiu recent (1998) făcut în Canada a ajuns la următoarele concluzii generale:

1. medicul bolnav tinde să subestimeze simptomele și să-și maximalizeze tratamentul;
2. el dorește depășirea rapidă și eficientă a suferințelor sale și nu-și acordă de regulă nici un timp de recuperare;
3. consultațiile medicului suferind de către un confrate sunt rareori structurate și pregătite de o cerere de consultație (consultații de coridor);
4. medicul suferind are tendința de a se autodiagnostica și de a-și administra automedicația, aceștia fiind principalii factori de risc care produc agravarea bolii și întârzierea diagnosticului corect.

Pacienții-medici pot evita să devină ceea ce ei percep ca o povară ce suprasolicită colegii sau pot fi jenați să pună întrebări pertinente din teama de a părea ignoranți sau incompetenți.

Pacienții-medici pot stimula teama medicului curant care se vede pe sine în pacient, o atitudine care poate duce la refuz și evitare din partea medicului curant. **T.Rudică și D.Costea** subliniază rezerva și scepticismul terapeutic manifestat în general de medicul-pacient care va împiedica în mare măsură apariția efectului placebo diminuând și pe această cale efectul terapeutic.

Medicul terapeut în fața pacientului medic adoptă fie o atitudine pasivă, în care își abandonează rolul său motivând statutul special de medic al bolnavului, fie una autoritar-activă în care terapeutul își deposedează pacientul de atributele sale reducându-l la

condiția de bolnav pentru a-și putea exercita fără distorsiuni rolul de medic. Există un risc major pentru medicul care își îngrijește un confrate suferind de a adopta o funcționare în oglindă față de cea a acestuia și de a folosi aceleași mecanisme defensive pe care pacientul le utilizează în special anularea retroactivă și negarea. Identificarea și cofraternitatea conducând la o empatie excesivă pot conduce medicul terapeut la minimalizarea, banalizarea și chiar nerecunoașterea suferinței colegului său.

MEDICUL ȘI PATOLOGIA PSIHOLOGICĂ PROFESIONALĂ

În afara unei patologii propriu-zise psihice sau somatice înscriindu-se în cadrele nosologice tradiționale, din ce în ce mai multe lucrări contemporane insistă asupra suferinței medicului, cu atât mai mult cu cât el beneficiază tot mai puțin de gratificațiile materiale și narcisiace care existau în epocile anterioare (**G. Besancon, 1999**). Același autor arată că, comparând o populație de aceeași vârstă și același nivel social medicii și în special psihiatrii, au o rată crescută de tulburări mintale ca: depresie, tentative de sinucidere, adicții diverse, în special alcoolul.

În 1982 medicul canadian **M. Lauderdale** dedica o monografie sindromului de epuizare profesională, așa-numitul sindrom BURNOUT, care desemna eșuarea, uzura și epuizarea energiei și a forțelor sau resurselor individuale care îi provoacă individului o scădere globală a întregului potențial de acțiune. Termenul venea să definească mai bine *stresul profesional* (**W. Paine**), *depresia de epuizare* a autorilor sovietici, sau *sindromul conducătorului stresat* (**Larouche**).

Studiile care au urmat au conturat repede categoria profesională cea mai afectată de acest sindrom: medicii. S-a constatat că acest lucru decurgea din obligația permanentă a individului de a-și susține o imagine personală idealizată, indiferent de progresul tehnologic, de lipsa unei recunoașteri sociale corespunzătoare cu gradul de dificultate al activităților pe care le desfășoară și, în sfârșit, datorită programului neconvențional. Dintre factorii care duc la instalarea acestui fenomen se pot enumera: munca neurmată de rezultate imediate, nerecunoașterea calității activității, lipsa încurajărilor și a gratificațiilor morale. În aceste condiții subiectul se epuizează pe măsură ce constată prăbușirea propriilor iluzii în fața evidenței realității.

Deși majoritatea autorilor sunt de acord că acest concept de burnout este heterogen și nu se poate vorbi de o patologie specifică, se acceptă un tablou clinic minim cu următoarele aspecte:

- semne și simptome somatice: cefalee continuă, tulburări gastro-intestinale, astenie, fatigabilitate;
- comportamente neobișnuite pentru subiect: iritabilitate, intoleranță și incapacitate de a înțelege sau a empatiza cu ceilalți, criticism nejustificat, lipsa de încredere, atitudine de superioritate față de ceilalți;
- atitudini defensive: rigiditate, negativism, rezistență la schimbare, pseudoactivism (subiectul petrece tot mai multe ore la locul de muncă dar realizează tot mai puțin din ceea ce își propune fără să fie pe deplin conștient de acest lucru).

Este de asemenea acceptată ideea că sindromul de burnout are o evoluție stadială:

- ***stadiul I*** - caracterizat de neliniște, confuzie și apariția frustrării (individul simte că ceva nu e în regulă);
- ***stadiul al-II-lea*** - caracterizat prin frustare intensă și nemulțumire;
- ***stadiul al-III-lea*** - caracterizat prin apatie, renunțare și disperare.

Fără să fie o entitate clinică precisă burnout-ul este centrat de trepiedul epuizare fizică și/sau psihică, depersonalizare profesională, atitudine negativă față de propriile împliniri.

Toate acestea apar insidios și sunt accentuate de perioadele de așteptare excesivă a unor schimbări, de numărul prea mare de concursuri având drept rezultat doar un grad mic de promovare profesională, de surmenajul socio-profesional sau de dificultăți pecuniare majore.

Am insistat asupra descrierii clinice a sindromului DE BURNOUT (epuizare profesională) pentru că ni s-a părut uimitoare asemănarea condițiilor favorizante cu ceea ce i se întâmplă medicului român contemporan. De altfel, depășind sfera supozițiilor teoretice am făcut un studiu activ **(F. Tudose, G. Cociorva, A. Niculăiță, 1997)** printre medicii unui mare spital bucureștean, iar rezultatul vorbește de la sine. 40% aveau cu certitudine suficiente elemente pentru diagnostic. Drama este cu atât mai mare cu cât grupele de profesioniști cele mai afectate erau cele care se aflau în intervalul 25-40 de ani, reprezentând aproape 80% din numărul suferinzilor. Rezultatul este dramatic și paradoxal deoarece înaintarea în vârstă ar presupune un grad firesc de uzură biologică și psihologică și nu vârsta marilor acumulări cea a viselor și a speranțelor. Iată că cei al căror orizont de așteptare a fost limitat postdecembrist și a permis o adaptare la un nivel funcțional mediocru să continue să funcționeze fără prea mari probleme într-un sistem medical inerțial care de altfel, nu s-a schimbat aproape deloc.

EVALUAREA INTENSITĂȚII SINDROMULUI DE BURNOUT LA MEDICI ȘI PERSONALUL MEDICAL

Un chestionar util ca instrument de evaluare a sindromului de burnout a fost imaginat pornind de la elementele de patologie specifice pe care acesta le incumbă. Fiecare item este cotat de la 0 la 2 (0 pentru „nu", 1 – „uneori", 2 – „frecvent"). Un scor mai mare de 15 arată probabilitatea ca sindromul de epuizare profesională să fie prezent, iar unul mai mare de 25 indicând că acesta este deja manifest.

CHESTIONAR DE EVALUARE

1. Vă este greu dimineața să vă treziți și să plecați la spital?	☐ Nu ☐ Uneori ☐ Frecvent
2. Vă gândiți cu groază că zi de zi trebuie să mergeți la spital?	☐ Nu ☐ Uneori ☐ Frecvent
3. La spital, așteptați cu nerăbdare sfârșitul programului?	☐ Nu ☐ Uneori ☐ Frecvent
4. Amânați efectuarea anumitor sarcini de serviciu astfel încât la un moment dat vă simțiți depășiți de numărul mare de probleme pe care le aveți de rezolvat?	☐ Nu ☐ Uneori ☐ Frecvent
5. Vă prelungiți cât de mult puteți pauza de masă, de cafea sau timpul de țigară?	☐ Nu ☐ Uneori ☐ Frecvent
6. Absentați nemotivat de la activitățile la care sunteți programat?	☐ Nu ☐ Uneori ☐ Frecvent

7. Întârziați la program?
☐ Nu
☐ Uneori
☐ Frecvent

8. Așteptați cu nerăbdare sfârșitul de săptămână?
☐ Nu
☐ Uneori
☐ Frecvent

9. Duminica, vă îngrozește ideea că de a doua zi începe o nouă săptămână de muncă?
☐ Nu
☐ Uneori
☐ Frecvent

10. Simțiți că v-a scăzut puterea de muncă, în așa măsură încât efectuarea unei activități necesită timp mai îndelungat decât de obicei?
☐ Nu
☐ Uneori
☐ Frecvent

11. Ați devenit mai intolerant față de pacienți?
☐ Nu
☐ Uneori
☐ Frecvent

12. Munca dumneavoastră a devenit atât de stereotipă încât nu mai reușiți să vă concentrați asupra fiecărui pacient în parte?
☐ Nu
☐ Uneori
☐ Frecvent

13. Ați devenit mai iritabil? Vă certați cu prietenii, cu colegii sau cu familia mai des în ultimul timp?
☐ Nu
☐ Uneori
☐ Frecvent

14. Vă simțiți singur sau izolat la locul de muncă?
☐ Nu
☐ Uneori
☐ Frecvent

15. În ultimul timp consumați mai mult alcool, cafea sau fumați mai mult decât de obicei?
☐ Nu
☐ Uneori
☐ Frecvent

16. Adormiți mai greu? Aveți nevoie de un somnifer?
☐ Nu
☐ Uneori
☐ Frecvent

17. Comportamentul dumneavoastră sexual este modificat?
☐ Nu
☐ Uneori
☐ Frecvent

18. Ați devenit mai sedentar?
☐ Nu
☐ Oarecum
☐ Da

19. Vă simțiți obosit, epuizat?
☐ Nu
☐ Uneori
☐ Frecventă

20. V-ați îngrășat sau ați slăbit fără să țineți dietă în acest scop?
☐ Nu
☐ < 2 Kg
☐ Da

21. Activitățile obișnuite vă plictisesc?
☐ Nu
☐ Uneori
☐ Frecvent

22. Creativitatea dumneavoastră a scăzut?
☐ Nu
☐ În mică măsură
☐ Da

23. Simțiți nevoia unui nou anturaj?
☐ Nu
☐ Uneori
☐ Frecvent

24. Vă simțiți exploatați de ceilalți?
☐ Nu
☐ Uneori
☐ Frecvent

25. Vi se pare că viața nu are sens?
☐ Nu
☐ Uneori
☐ Frecvent

CÂTEVA IPOSTAZE SPECIALE ALE RELAȚIEI MEDIC-PACIENT

Trebuie menționat că există anumite specialități medicale la care fenomenul de burnout este mai frecvent.

Un medic orelist lucrând într-un serviciu chirurgical de elită, relata dificultățile extreme pe care le avea în a comunica necesitatea sancțiunii chirurgicale în cazurile de neoplazie laringiană. Această dificultate era direct proporțională cu creșterea experienței sale profesionale, imaginea sa fantasmatică pentru pacienți fiind aceea de *„doctorul care îți ia vocea"*. În ciuda succeselor medicale evidente prognosticul *quod ad vitam* și vindecarea chirurgicală a cancerului, pentru pacient chirurgul rămânea un personaj amenințător și dezagreabil.

Medicul oncolog, care aflat în contact direct cu bolnavul cu cancer își modifică inconștient, atât comportamentul profesional cât și imaginea de sine sub presiunea permanentă a situației cu care se confruntă.

El se încarcă afectiv în urma transferului intens care are loc în relația medic-pacient, un pacient paradoxal care în același timp își dorește dependența suprainvestind potența medicului, dar și recăpătarea autonomiei, minimalizând competența și ajutorul oferit. Studii succesive au arătat un nivel crescut al tanatofobiei la medicii oncologi în comparație cu grupuri de control similare de persoane sănătoase și chiar de pacienți cu cancer. În analiza comportamentului la patul bolnavului se observă exacerbarea unor mecanisme de apărare manifestate prin scurtarea vizitei, comportament impersonal, autoritarism sau permisivitate excesivă.

Pacientul cu durere supune medicul oncolog la o agresivitate și culpabilizare continuă și la o deteriorare permanentă a imaginii de sine și a imaginii profesionale confruntată cu spectrul incapacității de acțiune eficientă.

ASPECTE ALE DINAMICII RELAȚIEI MEDIC-PACIENT

Câștigarea controlului conștient în relația dintre medici și pacienți necesită o evaluare constantă. Cu cât medicul are o mai bună înțelegere asupra lui însuși, cu cât se simte mai sigur, cu atât e mai capabil să modifice atitudinile distructive. Doctorul are nevoie să fie empatic (să aprofundeze), dar nu până la punctul de a-și asuma problemele pacientului sau fanteziile lor nerealiste că numai ei pot fi salvatorii lor. Ei trebuie să fie capabili să dea la o parte problemele pacienților când părăsesc cabinetul sau spitalul și nu trebuie să-și folosească pacienții ca un substitut pentru intimitate sau relații care poate le lipsesc în viața personală. În caz contrar, vor fi împiedicați în eforturile lor de a ajuta oamenii bolnavi, care au nevoie de simpatie și înțelegere, dar nu de sentimentalism sau de supraimplicare.

Medicul este înclinat spre o anumită apărare, pe de o parte pe bună dreptate, pentru că mulți medici neștiutori (inocenți) au fost dați în judecată, atacați sau chiar uciși pentru că nu au dat pacienților lor satisfacția pe care aceștia o doreau.

În consecință, medicul își va asuma o atitudine de apărare față de toți pacienții. Deși o asemenea rigiditate poate crea o imagine de meticulozitate (profunzime) și eficiență, ea este frecvent nepotrivită. O flexibilitate mai mare duce la o sensibilitate mai mare în răspuns la influențele subtile reciproce dintre două persoane.

De asemenea, trebuie să se adopte o anumită toleranță pentru prezentul real nesigur în orice situație clinică pentru orice pacient. Medicul trebuie să învețe să accepte

faptul că, oricât de mult ar dori să controleze totul în îngrijirea pacientului, această dorință nu se poate realiza niciodată pe deplin.

Sunt situații în care - fără să conteze cât este medicul de conștiincios, competent, grijuliu - o boală nu poate fi controlată și moartea nu poate fi prevenită.

Medicii vor trebui de asemenea să evite eschivările din anumite situații în care consideră că le este foarte greu să se descurce datorită propriilor susceptibilități, prejudecăți sau ciudățenii atunci când aceste probleme sunt importante pentru pacient.

De exemplu: un student în medicină insistă întrebând pacientul despre relația sa cu fiul de 23 de ani. Era evident după ascultarea casetei audio cu interviul că pacienta dorea să vorbească despre problemele sale cu soțul. Când pacienta a discutat mai târziu cu doctorul superviser, ea a spus: *Studentul e un tip drăguț, dar cred că el are ceva probleme cu mama sa. M-a ajutat să-l înțeleg mai bine pe fiul meu.* Într-o asemenea interacțiune complexă ca relația medic-pacient, greșelile nu sunt de obicei dezastruoase relației dacă nu sunt relativ frecvente.

Când pacientul simte interes pentru el, entuziasm și bunăvoință din partea examinatorului, el este apt să tolereze o lipsă de experiență considerabilă din partea medicului.

A. Restian (1997) subliniază că în relația medic-pacientă, nu vom putea face niciodată abstracție de apartenența de gen a fiecăruia. Relația medic-pacientă în mod particular este deosebit de complexă, datorită faptului că în general femeile au o structură mai complexă, iar gama patologică este mult mai largă și cu mai multe implicații afective.

Prin natura lor, femeile consultă mult mai des medicul decât bărbații, dar, tot prin natura lor, ele sunt mult mai bune comunicatoare (**O.S. Cristian**).

Relația medic-pacientă nu trebuie niciodată forțată, la fel cum nu trebuie niciodată simplificată. Este bine ca această relație să fie cât mai neutră, cât mai obiectivă, cu acordarea unui respect deplin bolnavei și suferinței sale. Bolnava nu trebuie exploatată în nici un fel, și mai ales sexual.

EVALUAREA RELAȚIEI MEDIC-PACIENT

Există modalități diverse de evaluare a relației medic-pacient care încearcă să obiectiveze această relație în toate dimensiunile sale. Un instrument de evaluare este chestionarul următor:

FORMULAR PENTRU OBSERVAREA ȘI EVALUAREA COMUNICĂRII INTERPERSONALE MEDIC-PACIENTĂ

I. Impresia generală:

Evaluați astfel: f. bună=4, bună=3, nu prea bună=2, proastă=1

•Empatie	4	3	2	1
•Respect	4	3	2	1
•Onestitate	4	3	2	1

II. Comunicarea verbală

1. Salutul	Da	☐	Nu	☐
2. Tonul vocii	Potrivit	☐	Nepotrivit	☐
3. Cine a vorbit mai mult?	Medicul	☐	Pacientul	☐

4. Cum au fost obținute informațiile?	întrebări deschise ☐ întrebări închise ☐ parafrazare ☐			
5. Cum a fost încurajat pacientul să vorbească și să întrebe?	gesturi ☐ cuvinte de aprobare ☐			
6. Cum a răspuns medicul la întrebările pacientului?	complet ☐ cuvinte pozitive, de laudă ☐		incomplet ☐ cuvinte dure, verdicte ☐	
7. Cum s-au formulat explicațiile?	clar ☐		prea detaliat pentru nivelul de înțelegere ☐	
8. Ce limbaj s-a utilizat?	simplu ☐		tehnic ☐	
9. Câte opțiuni s-au oferit?	suficiente ☐		insuficiente ☐	
10. A verificat medicul percepția și înțelegerea explicațiilor?	Da ☐		Nu ☐	
11. A fost stabilită următoarea consultație?	Da ☐		Nu ☐	

III. Comunicarea non verbală:

1. Limbajul corporal-postura	Da ☐		Nu ☐	
2. Ascultarea cu atenție	Da ☐		Nu ☐	
3. Contactul vizual	Da ☐		Nu ☐	
4. Zâmbetul, expresia feței	Da ☐		Nu ☐	
5. Oferirea unui ajutor concret	Da ☐		Nu ☐	
6. Timpul acordat	Da ☐		Nu ☐	
7. Atingerea potrivită	Da ☐		Nu ☐	
8. Îndepărtarea barierelor externe	Da ☐		Nu ☐	

CAPITOLUL 6

PERSONALITATEA NORMALĂ ŞI PATOLOGICĂ

Există în fiecare dintre noi ceva mai adânc decât noi înşine.

Sfântul Augustin

Omul nu ştie nimic despre om şi puţinul pe care crede că îl ştie este de neînţeles.

Jean Fourastie

Personalitatea normală
Încercări de definire a personalităţii
Personalitatea şi ciclurile vieţii
Etapele ciclului vieţii
Perioada copilariei
Perioada adultă
Perioada bătrâneţii
Teren premorbid şi vârstă
Boală şi personalitate
Tulburări de personalitate
O clasificare a tulburărilor de personalitate şi ipostaze medicale ale acestora
Modalităţi de abordare a pacientului cu tulburare de personalitate internat
Personalitatea medicului şi diagnosticul

Orice încercare de definire a personalităţii se loveşte de enorme dificultăţi, generate pe de o parte de gradul deosebit de generalitate al noţiunii, iar pe de altă parte de nevoia de sinteză pe care orice definiţie o presupune.

Personalitatea umană constituie direct sau indirect terenul de intersecţie al multor discipline ştiinţifice, este un univers care incită permanent la cunoaştere, dar care niciodată nu poate fi epuizat. **Goethe** considera că suprema performanţă a cunoaşterii ştiinţifice este cunoaşterea omului. Ideea este justificată atât prin complexitatea maximă a fiinţei umane, cât şi prin faptul că omul reprezintă valoarea supremă pentru om.

Între pesimismul lui **Nietzsche**, care afirma că *omul este animalul care nu poate fi niciodată definit* şi viziunea axiologică a lui **Protagoras** care spunea că *omul este măsura tuturor lucrurilor*, se naşte neliniştitoarea întrebare – cum să evaluezi ceva care nu este măsurabil?

Dacă pentru alte domenii această întrebare poate să rămână retorică, pentru psihiatrie, psihopatologie și psihologie clinică care operează cu modelul medical, ea trebuie cu necesitate să-și găsească un răspuns. Acest răspuns devine extrem de complex în contextul creșterii vertiginoase a volumului informațiilor științifice, care determină o viziune multidimensională, prin care realitatea nu poate fi cunoscută decât prin interpretările interdisciplinare, sistemice, ale contextelor, ansamblurilor.

Cu toate că se pot inventaria aproape tot atâtea definiții asupra personalității câte teorii psihologice există, se poate stabili totuși un oarecare consens asupra unui număr de noțiuni, care sunt în genere cuprinse în orice definire și descriere și pe care vom încerca să le trecem în revistă:

- personalitatea este un concept global, o structură care nu se poate descrie decât prin elementele sale structurale;
- ea are un anumit grad de permanență, o dinamică și o economie proprie;
- este rezultanta dezvoltării potențialităților înnăscute într-un mediu de dezvoltare precizabil din punct de vedere socio-cultural;
- dezvoltarea personalității este secvențială.

Subliniem însă încă o dată că abordarea acestor puncte de referință diferă după școală, atât în privința sensului acordat, cât și a ponderii ce li se aplică în cadrul personalității.

Menținându-ne punctul de vedere că pentru o ordonare axiologică trebuie să preexiste o cunoaștere suficientă a noțiunii de valorizare, vom trece în revistă principalele grupe de teorii cu privire la personalitate, urmărind în principal aspectul structural, aspectul dinamic și genetic puse în evidență de acestea, situate la interferența medicinei cu psihologia.

Teorii neobehavioriste – obiectiviste, încearcă să explice fenomenele psihologice prin extrapolarea rezultatelor psihologiei experimentale și psihofiziologiei. Analizând rolul structurant al mediului în constituirea personalității, integrând reflexologia pavloviană, behaviorismul watsonian și teoria învățării a **Thorndicke**, neobehaviorismul elaborează prin **Dolland** și **Miller**, teorii ale personalității de tip stimul-răspuns. Ei consideră ca element structurant major al personalității – obișnuința, care ar însemna o legătură între stimul și răspuns. Rezultatele obișnuințelor învățate în cursul dezvoltării ar fi personalitatea individuală, a cărei dinamică ar fi asigurată de către pulsiuni; acestea furnizează energia necesară activității fără să fie determinate de un scop.

Orientarea către un scop anumit se datorează învățării, care fixează ca scop obiectele a căror obținere permite scăderea tensiunii pulsionale. Dezvoltarea personalității este văzută de aceste teorii, ca o modificare a reflexelor specifice prin învățare; elementele caracteristice ale învățării ar fi: pulsiunea, semnul, răspunsul și întărirea sau recompensa. Dezvoltarea psihologică se supune printre altele legilor extincției (absența întăririi duce la dispariția obișnuinței) și generalizării (transferarea unor răspunsuri la semne asemănătoare cu semnul inițial). Folosirea limbajului ca vector al învățării, leagă personalitatea individuală de factorii sociali și culturali, al căror produs este.

Teoriile neobehavioriste accentuează rolul determinant al învățării precoce și al frustrărilor secundare, văzute ca obstacole în calea obținerii satisfacției și a noțiunii de conflict, văzut ca un obstacol activ, intern sau extern, într-o situație frustrantă secundară.

Teorii psihodinamice – psihanalitice, care analizează personalitatea ca o istorie a devenirii pulsiunilor primare, obținând o viziune longitudinală a individului, coerentă în dinamica ei.

În sistemul topic elaborat de **Freud** în 1920, personalitatea este împărțită în trei instanțe:

Id-ul – polul pulsional al personalității, rezervorul dispozițiilor ereditare și al energiei pulsionale.

Ego-ul – instanța centrală a personalității, domeniul percepțiilor și proceselor intelectuale, având rol de autoconservare; el funcționează după principiul realității și corespunde gândirii colective, raționale și socializante. Este o instanță mediatoare care armonizează influențele contradictorii ale Id-ului și Superego-ului și elimină dintre stimulii lumii exterioare pe cei care-i consideră periculoși pentru unitatea persoanei.

Superego-ul este constituit din tot ceea ce educația aduce individului: interdicții, ierarhii de valori, exigențe, care-l fac elementul centralizator al personalității. El își manifestă existența prin conștiința morală, autocritică, sisteme de valori, interdicții, rămânând totuși în parte inconștient.

Dinamica personalității este asigurată de modalitățile de distribuție a energiei între cele trei instanțe psihice enunțate, o distribuție corectă asigurând echilibrul personalității. Funcționarea corectă a Ego-ului care-și utilizează energia pentru controlul Id-ului și Superego-ului, adică pentru îndeplinirea funcției sale de stingere a conflictelor, este asigurată și de o serie de mecanisme de apărare care îl ajută să evite angoasa generată de diferitele conflicte cu care este confruntat. Aceste mecanisme ar fi: introiecția, proiecția, refularea, sublimarea, condensarea, fantezia. În această teorie, evoluția personalității este văzută ca stadială, într-o evoluție numită libidinală, constând în următoarele etape: stadiul oral, stadiul sadic-anal, stadiul falic, perioada de latență, faza genitală. Fiecare etapă are o anumită dominantă (ale cărei caracteristici se găsesc și în etapele ulterioare dar cu o importanță diminuată) evoluția făcându-se progresiv printr-o diversificare a modalităților de funcționare.

Teorii sociale – consideră că mediul social și cultural sunt factori predominanți ai organizării personalității. Pornind de la datele aduse de observațiile comparative ale interacțiunii dintre om și societate (studii pe gemeni, studiile performanțelor de grup, studiul unor grupuri etnice, sociale), autorii acestor teorii încearcă să evidențieze și să cuantifice într-o oarecare măsură influențele socio-culturale din structura personalității.

Intervenția unor serii de factori sociali, economici, axiologici, etico-morali, microsociologici, și-ar pune amprenta comună pe toți membrii unei culturi, sub forma unei personalități de bază (**Kardiner**).

Acest fond psihologic comun ar cuprinde:

- tehnici de a gândi, explica și înțelege realitatea;
- sisteme de securitate (apărarea contra angoasei născute din frustrare);
- un sistem comun de credințe, ritualuri, mituri.

Dinamica personalității ar fi creată de presiunea culturală și de dorința de securizare a individului în interiorul unei culturi anumite.

Dezvoltarea personalității către "personalitatea de bază" se face prin identificarea treptată cu modelele grupului.

Teoriile moderne asupra personalității părăsesc în primul rând viziunea statică asupra personalității încercând să o explice prin structurile ei active. Ele abandonează determinismul rigid, biologizant sau socializant, acordând personalității un caracter de sistem biopsihosocial.

Personalitatea umană nu se poate forma și dezvolta armonios fără ereditate naturală, fără influențe educaționale și culturale corespunzătoare.

În ceea ce privește primul factor – cel ereditar – nu se poate vorbi de o moștenire a unui conținut psihic (asemănările caracteriale dintre părinți și copii sunt rezultatul influenței durabile conștiente sau inconștiente). Există însă și predispoziții native sau naturale, polivalente care se pot dezvolta în diferite direcții.

Mediul social influențează dezvoltarea psihică în mod direct, prin contactele personale: în familie, școală, colectivități diverse, sau indirect: prin mass-media. **R. Linton** susține pe bună dreptate, că din punct de vedere al individului, cultura societății în care se integrează constituie ereditatea lui socială. Pârghia de acțiune a mediului asupra formării personalității este educația.

În aceste condiții, dezvoltarea psihică este neliniară, orice experiență umană pe care copilul o asimilează, nu vine să se adauge celor anterioare ci le modifică pe acestea și este modificată la rândul său; rezultatul nu este numai o acumulare, ci mai ales o reorganizare, o modificare a raporturilor și perspectivelor. Dezvoltarea psihică poate fi privită ca pe o alternanță temporară de faze de echilibru, de stabilitate, cu perioade de criză caracterizate de modificări profunde.

Ca nivel suprem de exprimare sintetică a existenței psihice, marcată de unicitatea ireductibilă și irepetabilă a ființei umane, personalitatea desemnează o *"organizare unitar-dinamică a celor mai reprezentative trăsături ale individului plenar dezvoltat și integrat"* (**E. Pamfil, D. Ogodescu**).

Diferențierea conținutului de potențialitatea acestuia, a fundalului de imagine, ni se pare logică și întemeiată deoarece personalitatea este structura de rezistență longitudinală a vieții psihice, actualizată în secțiune transversală de conștiință.

M. Lăzărescu consideră persoana umană ca infinită și insondabilă până la capăt, atât în esența, cât și în concretețea ei. Cu toate acestea aceasta, ea poate fi circumscrisă folosind diverse perspective în sesizarea unei structuri funcționale organizate. Din această perspectivă, psihologia și psihopatologia analizează și comentează arhitectonica acestui sistem.

Școala românească de psihologie consideră personalitatea ca pe un macrosistem al invarianților informaționali și operaționali, exprimat constant prin conduită și caracteristicile subiectului (**P. Popescu-Neveanu**). Noțiunea de personalitate capătă referiri la organizarea interioară, unitară și individualizată a însușirilor psihologice, cognitive și atitudinale ale individului, reprezentând sinteza particularităților psiho-individuale în baza căreia ne manifestăm specific, deosebindu-ne unul de altul. **A. Tucicov-Bogdan** descrie sub aspect structural-dinamic și acțional următoarele componente psihice interne ale personalității: latura intelectuală (sistem de informație și prelucrare cognitivă, structuri cognitive și operații intelectuale ale insului, etc.); latura dinamic-energetică (temperament, afectivitate, motivație); latura proiectivă (trebuințe, tendințe, dorințe, aspirații, scopuri, idealuri); latura efectorie sau instrumentală (deprinderi, priceperi, capacitate, aptitudini); latura relațională (trăsături de caracter și interpersonale) și constituția fizică biotipologică a individului.

Cuprinzând cele trei însușiri ale oricărei structuri - de totalitate, de transformare și de reglaj (**J. Piaget 1973**), structura personalității și le definește specific în însăși determinarea individuală.

Totalitatea – nici un fapt psihic nu poate fi descris ca străin sau petrecându-se în afara personalității. Istoria și geneza personalității este însăși unica istorie a devenirii individului, sub toate aspectele sale: biosomatic, psihic, sociocultural.

Prin însușirea sa de totalitate, personalitatea este un holon (**A. Koestler**), adică este mai mult decât suma părților sale și în raport cu fiecare parte care o constituie.

Transformarea – personalitatea este într-o continuă și necesară transformare, lucru pe care încă **Jaspers** l-a definit ca *"dezvoltare a personalității"*.

"Formele progresive ale construcției persoanei nu pot fi concepute decât ca nivele dinamice de integrare, în care inferiorul nu este numai integrat, ci și făcând întotdeauna parte integrantă din ansamblul noii structuri" (**H. Ey**).

Personalitatea își păstrează în acest fel, în transformarea ei, caracteristicile fundamentale iar istoria organismului psihic conține și *"înfășoară"* istoriile anterioare, desfășurându-se ea însăși ca o istorie continuă.

Reglajul - în dezvoltarea sa personalitatea este supusă în permanență unei continue determinări exterioare. Ea nu se dezvoltă numai în virtutea *"entelechiei"* (**Aristotel**) ci și sub influența mediului cu care este în permanentă confruntare.

Personalitatea se autoconstruiește, se autoformează, dar are și capacitatea de a se autodelimita și autoperfecționa, atât în sensul autoindividualizării sale, cât și în cel al unei tot mai bune adaptări la lume, realizând o veritabilă unicitate în libertatea de ființare.

Dar personalitatea poate fi văzută și ca posedând o arhitectură mai complexă decât aceea a unui sistem. Personalitatea este și un *arhem "adică o realitate cu o arhitectură mai completă decât aceea a unui sistem, prin funcționări fenomenologice"* (**M. Drăgănescu, 1984**). În acest sens, personalitatea individuală se va dimensiona din concepția despre om a vremii sale, raportându-se în sens valoric la ceilalți oameni și existența umană, căpătând conștiință morală.

Personalitatea nu poate fi reprezentată decât ca un sistem hipercomplex, subsumat sistemului socio-cultural cu care este în permanentă interrelație și întrepătrundere.

Analiza personalității a întâmpinat dificultăți infinite, din cauza complexității pe care am enunțat-o anterior, ceea ce a dus în practică la căutarea unor posibilități simplificatoare și reducționiste de descriere.

Este de notat că autori ca: **Eysenck**, **Cattel** și **Guilford**, au ajuns să diferențieze în structura personalității 300 de factori și peste 10.000 de variabile.

Se pune întrebarea care dintre acești factori sau care dintre aceste trăsături ar fi esențiale pentru o descriere a personalității.

Noțiunea de temperament va reuni particularitățile înnăscute de reactivitate, la care se vor adăuga dispoziția și variabilitatea acesteia. Reactivității psihomotorii îi va imprima particularități de grad, ritm, rapiditate, amploare care în general sunt considerate a fi înnăscute, apropiindu-se de componenta constitutiv-organică a personalității.

Toate acestea sunt considerate constitutive și deci în mare măsură ereditare (**G. Allport**). O serie de autori consideră temperamentul ca latură dinamico-energetică a personalității care ar constitui baza psihofiziologică a caracterului (**Ananiev**) sau premiza morfofuncțională a aptitudinilor (**Tepov**).

Subliniem însă că oricum ar fi, ereditari sau dobândiți, factorii biologici (în care cei mai mulți autori includ și temperamentul) constituie numai un aspect al personalității și doar una dintre determinările sale (**Delay**).

PERSONALITATEA ȘI CICLURILE VIEȚII

O abordare a problemei personalității din perspectiva ciclurilor vieții și influenței modelelor sociale asupra capacităților de maturizare ale persoanei credem că este utilă nu doar în înțelegerea modului în care personalitatea se dezvoltă, ci și în înțelegerea patologiei și zonei de marginalitate psihopatologică, fie că este vorba de crize de dezvoltare, de tulburări de personalitate sau de psihoze reactive.

Printre factorii de vulnerabilitate se poate număra și tipul personalității; și ne vom referi aici la stadiile de dezvoltare ale personalității și îndeosebi la modalitățile inadecvate de trăire a unor experiențe de viață mai vechi sau mai noi, de adaptare la solicitările în permanentă schimbare din mediul social, cu raportare la modul în care personalitatea a reușit să-și rezolve crizele specifice fiecărei etape de dezvoltare, parcurse până la momentul analizei psihopatologiei reactive survenite.

Necesitatea studierii acestei probleme derivă din convingerea existenței unei corelații semnificative între psihopatologia reactivă survenită în condițiile transformărilor socio-economice majore în care trăim și etapele dezvoltării psihologice și psihosociale în raport cu ciclurile vieții, și anume în mod specific cu *„crizele"* din evoluția ciclului vieții din concepția epigenetică a lui **E. Erikson**, ca și din alte teorii ale ciclului vieții.

Termenul de **ciclu al vieții** *„life cycle"* s-a născut din necesitatea cercetătorilor de a reflecta teoria dezvoltării. A vorbi de un ciclu general al vieții înseamnă a întreprinde o călătorie de la naștere până la moarte, esențială pentru înțelegerea complexităților comportamentului uman; infinit din punct de vedere cultural și cu infinite variații individuale. Ciclul vieții are întotdeauna aceleași secvențe, demonstrând că există o ordine în cursul vieții umane, în ciuda faptului că viața fiecărei persoane este unică. ***Această secvență este invariabilă și apare într-o ordine constantă în viața fiecăruia***, chiar dacă nu toate etapele sunt complete și acesta este principiul fundamental al tuturor teoriilor privind ciclurile vieții.

O a doua considerație generală este principiul ***epigenetic***, descris pentru prima dată de **E.Erikson** care susține că fiecare etapă din ciclul vieții este caracterizată de evenimente și crize, care trebuie să fie rezolvate în mod satisfăcător, pentru ca dezvoltarea să se realizeze într-o manieră continuă și lină. În eventualitatea unei nereușite în rezolvarea crizei specifice unei perioade de viață, modelul epigenetic susține că toate etapele ulterioare de dezvoltare vor reflecta acest eșec sub forma dezadaptării pe plan cognitiv, emoțional, social și chiar fizic, vulnerabilizând deci persoana.

Fiecare etapă de dezvoltare din ciclul vieții are o ***caracteristică dominantă***, un complex de trăsături sau o criză specifică, ce o distinge atât de etapele anterioare cât și de cele ce o vor urma.

Apariția conceptului de *ciclu al vieții* se situează la sfârșitul secolului trecut, concepția actuală fiind determinată și modulată de surse importante și diferite.

Variatele teorii ale ciclului vieții folosesc o terminologie diversă, neexistând un vocabular standard, dar utilizând în general termeni congruenți: etapă, stadiu, eră, interval, epocă etc.

Diferențele semnificative dintre teoriile clasice ale ciclului vieții constau în aplicarea de criterii de dezvoltare specifice. În general, schemele individuale folosesc elemente ca: maturitate biologică, capacități psihologice, tehnici adaptative, mecanisme de apărare, complexe ca simptom, nevoile de rol, comportamentul social, stilul cognitiv.

S. Freud rămâne unanim recunoscut pentru contribuția sa în fundamentarea conceptului de *ciclu al vieții*. Începând cu studiile publicate în 1915, el a introdus o schemă de dezvoltare, concentrată asupra perioadei copilăriei și organizată în jurul teoriei sale despre libido. Conform teoriei lui **Freud**, fazele de dezvoltare ale copilăriei corespund schimbărilor succesive în investirea energiei sexuale în anumite regiuni ale corpului, asociate de obicei erotismului: gura, anusul și zona genitală. În concordanță cu acestea el a deosebit următoarele perioade de dezvoltare, pe care le-a clasificat astfel:

- faza orală (de la naștere până la 1 an);
- faza anală (de la 1 an la 3 ani);
- faza falică (de la 3 ani la 5 ani).

Peste 5 ani, **Freud** vorbește despre faza latentă, care se întinde până la pubertate; ea este marcată de diminuarea interesului sexual care se va reactiva la pubertate.

Concepția de bază exprimată de **Freud** a fost aceea că evoluția satisfăcătoare a dezvoltării în aceste faze ale copilăriei va fi esențială pentru funcționarea normală a adultului. Comparativ, perioada adultă cu evenimentele care au loc în această etapă, ar avea o mai mică influență.

Reprezentanții școlilor post-freudiene au modificat sau au construit noi teorii pe fundalul concepțiilor clasice, aderând la ideea lui **Freud** de focalizare asupra energiei sexuale, ca fiind elementul esențial de distincție între stadiile de dezvoltare. Îi vom menționa în mod special aici pe **K. Abraham** și **M.Klein**, a căror premiză de bază a fost aceea că procesele interne sunt determinanții fundamentali ai dezvoltării personalității și, reprezintă astfel, forțele dinamice ale ciclului vieții.

C.G. Jung, pe de altă parte, a considerat că factorii externi joacă un rol important în procesul de dezvoltare a personalității și în adaptarea ei. El a susținut de asemenea, că dezvoltarea personalității se realizează de-a lungul întregii vieți și că ea nu este ferm determinată numai de experiențele din timpul copilăriei timpurii.

H.S. Sullivan avansează aceste idei, stabilind că dezvoltarea umană este în mare măsură modelată de evenimente externe și, în mod specific, de interacțiunile sociale. Modelul său privind ciclul vieții, susține că fiecare fază de dezvoltare este marcată de o nevoie de interacțiune cu anumite persoane; calitatea acestei interacțiuni va influența dezvoltarea ulterioară a personalității persoanei.

M. Mahler, a adus și ea contribuții remarcabile la teoria dezvoltării personalității, studiind relațiile obiectuale din copilăria precoce. Ea a descris procesul de separare-individuație care rezultă din sentimentul subiectiv al persoanei de separare de lumea din jur. Faza de dezvoltare separare-individuație începe din a 4-a sau a 5-a lună de viață și se încheie la vârsta de 3 ani. **M. Mahler** a delimitat patru subfaze ale procesului de separare-individuație:

- **Diferențierea.** Copilul este capabil să facă distincție între el și alte obiecte.
- **Perioada practică**. La începutul acestei faze copilul își descoperă capacitatea de separare fizică de mama sa, ținându-se și cățărându-se, dar are încă nevoie de prezența ei pentru a-i asigura securitatea (care-i dă siguranță). Sfârșitul fazei este marcat de mișcarea liberă, pe verticală (de la 7-10 luni până la 15-16 luni).

● **Apropierea.** Nevoia crescândă și dorința ca mama să împărtășească cu el noile experiențe și deprinderi; de asemenea, o mare nevoie de dragoste maternă (de la 16 luni la 25 de luni).

● **Consolidarea.** Dobândirea unei individualități definite și atingerea unui anume grad de constanță obiectuală (de la 26 de luni la 36 de luni).

Alte abordări care nu au evidențiat nici aspecte psihodinamice, nici legate de mediu, au influențat de asemenea studiul ciclului vieții.

Astfel, **J. Piaget** a elaborat formularea diferențelor calitative în procesul dezvoltării cognitive. Studiile lui au avut un caracter instrumental în elucidarea dezvoltării proceselor gândirii.

El a distins patru perioade majore în dezvoltarea intelectuală:

- ♦ senzorio-motorie, de la naștere până la 2 ani;
- ♦ preoperațională, de la 2 ani la 7 ani;
- ♦ perioada operațiilor concrete, între 7 și 11 ani;
- ♦ perioada operațiilor formale, de la 11 ani până la vârsta adultă, inclusiv.

Un studiu interesant a fost făcut de **D. Levinson și colab.**(Univ.Yale). Acest studiu a încercat să clarifice caracteristicile dezvoltării personalității masculine în perioada vârstei adulte. Observațiile făcute l-au determinat pe **Levinson** să postuleze o nouă schemă a fazelor de dezvoltare în perioada adultă. El a sugerat că ciclul vieții este compus din 4 mari epoci, fiecare având o durată de aproximativ 25 de ani, după cum urmează:

- ♦ copilăria și adolescența, de la naștere până la 22 de ani;
- ♦ perioada timpurie a etapei de adult, de la 17 la 45 de ani;
- ♦ perioada medie a etapei de adult, de la 40 la 65 de ani;
- ♦ perioada adultă târzie, după 60 de ani.

Levinson identifica de asemenea perioade de 4-5 ani de tranziție între epoci, care funcționează ca zone de graniță, în timpul cărora o persoană încheie o etapă în desfășurare sau începe o nouă epocă.

Un al doilea studiu de referință asupra vârstei adulte a fost realizat de **G.Vaillant**, care a examinat un grup de 95 de bărbați pentru o perioadă de peste 35 de ani Dintre concluziile sale menționăm următoarele:

- ♦ o copilărie fericită a fost corelată semnificativ cu trăsături pozitive în perioada adultă, aceasta manifestându-se prin slabe trăsături oral-dependente, psihopatologie redusă, capacitatea de a se bucura și bune relații obiectuale;
- ♦ pe măsură ce bărbații înaintează în vârstă, se stabilește o ierarhie a mecanismelor ego-ului;
- ♦ apărările au fost organizate de-a lungul unui continuu, ceea ce reflecta două aspecte ale personalității: imaturitate/maturitate și psihopatologie/sănătate mintală.

S-a stabilit că maturitatea apărărilor este legată atât de psihopatologie, cât și de adaptarea obiectivă la mediul extern. Mai mult, s-au înregistrat schimbări ale stilului de apărare pe măsură ce o persoană se maturizează.

Vaillant a concluzionat că stilurile de adaptare se maturizează în decursul anilor și, acest proces de maturizare depinde mai mult de dezvoltarea interioară a personalității decât de schimbările din mediul interpersonal. De asemenea, el a tras concluzia că modelul propus de **Erikson** pentru ciclul vieții este valid.

Concepția lui **E. Erikson** reprezintă o punte care leagă stadiile de dezvoltare de procesele sociale. Sistem de referință în teoriile de dezvoltare a personalității, modelul oferit de **Erikson** permite corespondențe cu teoria sexualității infantile a lui **Freud**, dar adaugă în plus potențialele și nevoile de dezvoltare din cadrul tuturor etapelor de viață. El a elaborat un model al ciclului vieții constând din 8 etape, care se întind până în viața adultă și până la bătrânețe.

ETAPELE CICLULUI VIEȚII

Succesiunea etapelor este expusă pe scurt, după cum urmează, menționându-se caracterul dominant sau criza specifică de maturitate, care apare specific în timpul fiecărei etape:

1. etapa oral-senzorială: încredere/neîncredere;
2. etapa muscular-anală: autonomie/rușine și nesiguranță;
3. etapa locomotor-genitală: inițiativă/vinovăție;
4. stadiul de latență: hărnicie, perseverență/inferioritate;
5. etapa pubertății și adolescenței: identitatea ego-ului/confuzie de rol;
6. etapa tinereții timpurii: intimitate/izolare;
7. etapa adultă propriu-zisă: (pro)creație/stagnare;
8. etapa maturității: integritatea ego-ului/disperare.

Pentru **E. Erikson**, dezvoltarea umană poate fi înțeleasă numai dacă se iau în considerare forțele sociale care interacționează cu persoana în creștere. Cele 5 stadii psihosociale ale copilăriei: intimitate, creație și integritate, care se extind dincolo de perioada adultului tânăr până la bătrânețe.

Cele opt etape au atât aspecte pozitive, cât și negative, au crize emoționale specifice și sunt influențate de interacțiunea dintre factorii biologici și factorii culturali și sociali caracteristici mediului în care trăiește persoana. Fiecare etapă are două rezultate posibile, unul pozitiv sau sănătos, și unul negativ sau nesănătos. În împrejurări ideale, criza este rezolvată atunci când persoana dobândește un nou nivel, superior, de funcționare în finalul reușit al unei etape particulare de dezvoltare. În concepția epigenetică, fiecare etapă are propriile caracteristici, și trebuie trecută cu succes înainte ca să fie posibilă trecerea la următorul nivel.

Succesiunea etapelor nu se face automat, ci mai degrabă depinde atât de dezvoltarea sistemului nervos central, cât și de experiența de viață. Există suficiente dovezi că un mediu nefavorabil poate întârzia unele dintre etapele de dezvoltare; în orice caz un mediu favorabil, stimulator, accelerează în mod particular progresul de-a lungul etapelor de dezvoltare.

Conceptul său despre nevoile de adaptare la etape specifice de vârstă oferă astfel posibilitatea unei analize a comportamentului normal sau anormal, precum și analiza transversală a comportamentului de-a lungul vieții. Astfel, devine posibil să se stabilească moduri specifice de adaptare.

În ordine cronologică, sunt descrise următoarele etape:

- perioada de nou-născut
- perioada micii copilării, când copilul începe să meargă

- perioada preşcolară
- perioada şcolară sau anii de mijloc
- adolescenţa timpurie, medie şi tardivă (bătrâneţea)

PERIOADA COPILĂRIEI

Etapa I: Încredere bazală/ Neîncredere bazală (de la naştere la un an)

„Prima componentă a unei personalităţi sănătoase o consider, spunea ***Erikson****, dobândirea unui sentiment de încredere fundamentală, care cred că este o atitudine pozitivă faţă de sine şi faţă de lume, şi care derivă din experienţa primului an de viaţă. Încrederea este speranţa că propriile nevoi vor fi satisfăcute şi că poţi avea încredere în cei din jur."*

Această perioadă se suprapune, mai mult sau mai puţin, etapei orale din teoria freudiană, deoarece gura este cea mai sensibilă zonă a corpului. Găsirea sânului, suptul şi hrănirea, reprezintă nevoile primare ale nou-născutului. Mama, care este inductoarea încrederii, participă intens la asigurarea acestor nevoi, creând astfel baza viitoarei expectaţii pozitive a copilului faţă de lume. Părintele iubitor participă de asemenea şi la dezvoltarea altor simţuri ale copilului - văz, pipăit, auz. Prin această interacţiune, copilul fie că dezvoltă sentimentul de încredere că dorinţele lui vor fi îndeplinite fie, dacă mama nu este atentă, va dobândi sentimentul de neîncredere.

Comportamentul copilului serveşte pentru a controla comportamentul mamei, exact aşa cum comportamenul mamei îl modelează pe acela al copilului.

Copilul bun, calm, zâmbitor, previzibil reprezintă o mare răsplată pentru îngrijirea maternă tandră.

Copilul iritat, instabil, inconstant pune la încercare răbdarea mamei. În situaţia în care capacitatea de dăruire a mamei este mică, asemenea trăsături pot determina îndepărtarea ei de propriul copil, complicând tendinţele de dezvoltare, deja inadecvate ale acestuia.

S. Chess şi **A. Thomas** au demonstrat faptul că există o mare variabilitate între nou născuţi în ceea ce priveşte reactivitatea autonomă şi temperament. Ei au descris 9 dimensiuni comportamentale semnificative ale nou-născutului: nivelul de activitate, ritmicitatea, apropierea sau îndepărtarea, adaptabilitatea, intensitatea reacţiei, pragul responsivităţii, calitatea dispoziţiei, distractibilitatea, spectrul atenţiei şi persistenţa ei.

Evaluările efectuate individual pe copii au arătat o stabilitate considerabilă după o perioadă de supraveghere de 25 de ani. Cercetătorii au desprins o relaţie între caracteristicile iniţiale ale copilului mic, modelul de educaţie parentală şi apariţia ulterioară a simptomelor. De aici conceptul de *„potrivire parentală"*, care se referă la *„cât de bine se potriveşte"* un părinte cu noul născut, luând în considerare caracteristicile temperamentale atât ale ambilor părinţi, cât şi ale copilului. **Chess** şi **Thomas** au folosit termenul de *„bine-cuvântată potrivire"*, pentru a caracteriza interacţiunea armonioasă şi compatibilă dintre mamă şi copil, în ceea ce priveşte motivaţiile, capacităţile şi stilurile comportamentale.

„Slaba potrivire" se caracterizează prin incompatibilitate între părinte şi copil, ceea ce probabil conduce la tulburări în dezvoltare. Copilul dificil trebuie depistat,

deoarece părinții unui asemenea copil capătă convingerea că sunt incapabili, că ceva din ceea ce fac este incorect, simțindu-se responsabili pentru tulburările de somn, pentru modelul deficitar de alimentație și, în general, pentru disconfortul trăit manifestat de copil. În plus, majoritatea acestor copii manifestă tulburări emoționale mai târziu în viață, și educația lor trebuie să fie permanent adaptată acestor nevoi specifice.

Etapa a II-a: Automomie/ Rușine și îndoială (1 - 3 ani)

Copilul, aflat în al doilea și în al treilea an de viață, învață să meargă singur, să se hrănească singur, să-și controleze sfincterul anal și să vorbească. Maturitatea musculară este cea care dă tonul pentru această fază de dezvoltare. Autonomia se referă la sentimentul copilului de a fi stăpân pe el însuși și asupra tendințelor și impulsiunilor lui. Copilul mic care începe să umble câștigă senzația separării lui de ceilalți. „Eu", „tu", „al meu", „a mea" sunt cuvinte obișnuite, folosite de copil pe parcursul acestei etape.

Copilul poate alege între *a păstra/a reține* și *a lăsa/a da drumul*, între a fi cooperant sau a fi încăpățânat.

Această perioadă când părinții își focalizează atenția spre încurajarea copilului de a-și exercita controlul asupra excreției coincide cu etapa anală descrisă de **Freud**. Învățarea menținerii igienei servește ca paradigmă a practicilor generale de învățare în familie și, de aceea, o mamă excesiv de severă în această direcție va pedepsi și va fi restrictivă și în celelalte direcții.

În paralel cu schimbarea sarcinilor copilului se schimbă și sarcinile părinților. În prima fază, responsabilitatea majoră a părinților era să vină în întâmpinarea nevoilor copilului într-un mod sensibil și constant, fără să-i anticipeze și să-i îndeplinească toate cerințele, astfel încât copilul să nu treacă vreodată prin stări de încordare. În această etapă, sarcina părinților presupune fermitate, în ceea ce privește limitele comportamentului acceptat și încurajarea emancipării progresive a copilului. Părinții trebuie să fie atenți să nu fie prea autoritari; copiilor trebuie să li se permită să acționeze ei înșiși și să fie în stare să învețe din greșeli. Trebuie de asemenea să fie protejați și asistați atunci când încercările sunt peste posibilitățile lor. Pentru **Erikson**, aceasta este etapa în care copilul fie își reține excrementele, fie le elimină, ambele comportamente vizând comportamentul de răspuns al mamei. O instruire prea riguroasă în ceea ce privește menținerea toaletei, fapt comun în societatea noastră, poate crea o personalitate meticuloasă, zgârcită, punctuală, perfecționistă, cunoscută sub termenul de personalitate anală.

Dacă părinții permit copilului să funcționeze cu oarecare autonomie, ei sunt suportivi fără să fie hiperprotectori, copilul câștigă încredere în sine, simte că se poate controla pe el și lumea din jur. Dacă părinții îl aprobă atunci când el dă dovadă că se poate controla, încrederea în sine se dezvoltă și apare un sentiment de mândrie. Invers, supracontrolul sau lipsa de control de sine a copilului prea adesea pedepsit, conduce la așa numita impotență musculară sau anală (**Erikson**), care declanșează o trăire de neîncredere și rușine. Rușinea poate da naștere unei îndoieli de sine care erodează și poate submina posibilitatea de acțiune, iar la adult conduce la sentimente de persecuție.

Curiozitatea privind sexul anatomic poate fi considerată sănătoasă, firească și este întâmpinată cu răspunsuri sincere, firești și cu replici adecvate vârstei, atunci copilul capătă un sentiment de mirare în fața vieții și se simte bine cu propriul rol în această viață.

Dacă subiectul este considerat tabu şi întrebările copilului sunt categoric respinse, apare o stare de disconfort şi ruşine. Conform teoriei lui **Piaget**, această etapă corespunde perioadei senzorio-motorii şi stadiului preoperaţional.

Etapa a III-a: Iniţiativă/Vinovăţie (3 la 5 ani)

Pe măsură ce copiii se apropie de sfârşitul celui de al treilea an, ei sunt capabili să iniţieze atât o activitate intelectuală cât şi una motorie învăţând să se bazeze pe acţiunile lor. Consolidarea acestor iniţiative depinde de cât de multă libertate fizică îi este acordată copilului şi, cât de mult este satisfăcută curiozitatea lor intelectuală. Dacă, copii mici care au învăţat să meargă, au fost puşi în situaţia să nu se simtă bine în legătură cu comportamentul şi interesele lor, ei pot ieşi din această perioadă cu un sentiment de vinovăţie asupra activităţilor pe care le iniţiază. Conflictele legate de iniţiativă îi pot împiedica pe copiii în creştere să-şi încerce întregul potenţial şi se pot interfera cu trăirile de ambiţie care se dezvoltă în această perioadă. În acest interval, creşterea curiozităţii sexuale se manifestă prin antrenarea în jocuri de grup legate de sex sau atingerea propriei zone genitale sau a altui copil. Dacă părinţii nu fac caz de aceste incidente, asemenea impulsiuni din copilărie sunt în cele din urmă reprimate şi reapar în timpul adolescenţei, ca parte a pubertăţii. Dacă părinţii atrag atenţia prea mult asupra acestor impulsiuni, copilul poate deveni inhibat sexual.

La sfârşitul acestei etape, copilul este capabil să se mişte independent şi sigur pe el. Jucându-se cu cei de o seamă cu el, copilul învaţă cum să se relaţioneze cu ceilalţi. Dacă fanteziile agresive au fost rezolvate corect (nici pedepsite, nici încurajate), copilul dezvoltă un spirit al iniţiativei şi al ambiţiei.

La sfârşitul acestei etape cu criză iniţiativă/vinovăţie, conştiinţa copilului - numită super-ego de către **Freud**, este stabilită.

Copilul învaţă nu numai că există limite în repertoriul său comportamental, dar şi că impulsiunile agresive pot fi exprimate şi în moduri constructive, cum ar fi adevăratele competiţii sau jocuri. Dezvoltarea conştiinţei dă tonul pentru dezvoltarea simţului moral al binelui şi al răului. Pedeapsa excesivă, totuşi, poate limita imaginaţia copilului şi, de asemenea, îi poate limita iniţiativa. Copilul care dezvoltă un super-ego prea puternic, cu aprecieri calitative de genul totul sau nimic, s-ar putea ca adult să ajungă să insiste ca ceilalţi să adere la codul său moral şi astfel să devină un *„pericol potenţial mare pentru el şi pentru semenii săi"*. Dacă această criză a iniţiativei este rezolvată cu succes, personalitatea îşi dezvoltă un spirit de responsabilitate, încredere şi autodisciplină. **Freud** i-a descris pe copiii aflaţi în această perioadă ca fiind în etapa falică de dezvoltare; în cursul acestei faze plăcerea este legată de zona genitală. Este momentul complexului lui Oedip, respectiv al complexului Electra la fete, ambele rezolvându-se prin identificarea cu părintele de acelaşi sex.

Evenimente semnificative în această perioadă de dezvoltare, cu posibile repercusiuni asupra vulnerabilizării persoanei: naşterea unui alt copil în familie, întâmplare relativ obişnuită în acest interval de timp, testează capacitatea copilului preşcolar de a coopera în viitor şi de a comunica cu ceilalţi.

Rivalitatea care apare frecvent între fraţi este dependentă de obiceiurile din educaţia aplicată a copilului. Copilul supus unui regim preferenţial din orice motiv, fie că este supradotat, fie deficient, fie că este pur şi simplu preferat, devine obiect al

geloziei fraților. Experiența pe care o are cu frații poate influența relațiile pe care copilul le are de-a lungul procesului creșterii, cu colegii de aceeași vârstă și cu autoritățile. Dacă sistemul educațional nu este corectat în timp, această situație va deveni un eveniment traumatizant.

În anii preșcolari, copilul începe să distingă realitatea de fantezie, iar în comportamentul de joc începe să se reflecte această creștere a procesului de conștientizare. Educația preșcolară poate fi foarte valoroasă; cu toate acestea, a pune un accent prea mare pe avansul școlar, peste capacitățile reale ale copilului, poate avea efectul invers, deci negativ.

Pentru **Piaget** aceasta este faza preoperațională (mai precis de la 2 la 7 ani), timp în care copiii încep să folosească simbolurile în gândire. Între 3 și 6 ani procesul creșterii poate fi urmărit prin intermediul desenelor. În general, totuși, gândirea lor este egocentrică, ca și în perioada senzorio-motorie; ei nu se pot pune în situația altui copil și sunt incapabili de empatie. Gândirea preoperațională este de asemenea intuitivă și prelogică, copiii aflați în această etapă nu înțeleg relațiile cauză-efect.

Conștiința lor privind propriile lor corpuri se extinde dincolo de organele genitale. Există o preocupare privind îmbolnăvirea și rănirea, atât de accentuată încât această perioadă a fost denumită *„Band-Aid"*, fiecare mică escoriație trebuind să fie examinată cu mare atenție de părinți.

Etapa a-IV-a: Hărnicie, perseverență/Inferioritate (6 la 11 ani)

Cea de-a 4-a etapă de dezvoltare a lui **Erikson** este perioada vârstei școlare, când copilul începe să participe la un program organizat de educație. Activitatea, capacitatea de a munci și de a dobândi aptitudinile adultului, sunt elementele cheie ale etapei. Copilul învață că el este capabil să realizeze diverse lucruri și, ceea ce este mai important, că el e capabil să stăpânească și să completeze o anumită acțiune.

Dacă se pune prea mult accentul pe reguli, pe „trebuie", copilul va dezvolta simțul datoriei în detrimentul plăcerii naturale de a munci. Copilul creativ va învăța plăcerea continuării muncii și atingerea satisfacției de a face bine un lucru.

Sentimentul de inadecvare și inferioritate, rezultatele potențial negative ale acestei faze pot rezulta din mai multe surse:

- copilul poate fi discriminat fiind încurajat să nu meargă la școală;
- să i se spună că el este inferior celorlalți;
- să fie hiperprotejat de mediul familiar sau să fie excesiv de dependent de suportul emoțional al familiei;
- băiatul poate face comparații între el și tatăl său, nefavorabile lui.

Profesorii și părinții care încurajează copiii în activități, creativitatea și perseverența în a învinge atunci când întâmpină dificultăți, sunt un puternic sprijin în lupta împotriva sentimentului de inferioritate.

Pentru **Erikson** acest stadiu joacă un rol decisiv din punct de vedere social, pentru că acum copiii învață cum să lucreze cu ceilalți, să-și dezvolte un simț de diviziune a muncii și egalității șanselor. Este o perioadă echivalentă fazei de latență descrisă de **Freud**, deoarece tendințele biologice sunt inactive și domină relațiile cu cei de aceeași vârstă.

Complexul lui Oedip ar trebui să fie rezolvat, copilul având un control relativ bun asupra pornirilor instinctuale. De buna dezvoltare a complexului lui Oedip depinde dezvoltarea armonioasă a super-ego-ului. Când super-ego-ul este format, copilul este capabil să facă judecăți morale și să înțeleagă așteptările celorlalți de la el. Mai mult, devine capabil să facă față solicitărilor emoționale și intelectuale din mediu, în special în școală.

La unii copii poate apare în acest interval refuzul de a merge la școală; o mamă temătoare poate transmite propria teamă copilului. De asemenea, un copil care nu și-a rezolvat nevoile sale de dependență, intră în panică la ideea separării de mamă. Refuzul școlar nu este de obicei o problemă izolată; astfel, în mod tipic, copiii evită multe alte situații sociale.

Divorțul părinților - reprezintă un fenomen care determină tulburări semnificative de tip emoțional și comportamental la toate grupele de vârstă. Recuperarea și adaptarea la noua situație, după producerea divorțului părinților, durează de obicei 3 până la 5 ani, dar aproximativ 1/3 din copii vor prezenta traume psihice de durată.

- La băieți, agresivitatea fizică este un semn obișnuit de suferință. După divorțul părinților, adolescenții tind să petreacă cât mai mult timp departe de casa părintească. Tentativele de suicid pot apare ca rezultat direct al acestei psihotraume, unul dintre factorii predictivi ai sinuciderii adolescentului fiind divorțul recent sau separarea părinților. Copiii care se adaptează bine la divorțul părinților reușesc acest lucru atunci când fiecare dintre părinți face efortul de a continua relația cu copilul, deși unul dintre ei va trăi separat de el. Pentru a facilita recuperarea copilului, cuplul divorțat trebuie, de asemenea, să evite continuarea conflictelor și să demonstreze un comportament consecvent față de copil.

Părinții vitregi: când survine recăsătoria, copilul trebuie să se adapteze părintelui vitreg și, de obicei, această adaptare este dificilă.

Adopțiunea ridică, de asemenea, serioase probleme în dezvoltarea personalității copilului. Tulburările emoționale și comportamentale au fost raportate ca fiind mai frecvente printre copiii adoptați decât printre cei neadoptați; comportamentul agresiv, furtul și dificultățile școlare, sunt mai frecvente la copiii adoptați. Cu cât vârsta de adopțiune este mai mare, cu atât este mai mare incidența și gradul de severitate al problemelor de comportament.

Etapa a-V-a: Identitate/ Confuzie de rol (de la 11 la 20 de ani)

Perioada ce corespunde pubertății și adolescenței, care din punct de vedere al procesului psiho-social este adesea conceptualizată în termenii nevoii de a răspunde la două sarcini majore:

1) transformarea dintr-o persoană dependentă într-una independentă;
2) stabilirea unei identități

Deși ambele situații apar din adolescență, ele se extind la perioada adultă și trebuie să fie reconsiderate de-a lungul întregului ciclu al vieții.

Dezvoltarea sentimentului de identitate este problema primordială a acestei perioade; identitatea este definită drept capacitatea persoanei de a da răspunsurile adecvate la întrebările - *„cine sunt?"* și - *„încotro mă îndrept?"*.

Identitatea sănătoasă se construiește prin succesul individual în parcurgerea primelor trei etape psiho-sociale și, identificarea, fie cu părinții naturali, fie cu cei adoptivi. Identitatea implică apariția unui sentiment de solidaritate internă cu ideile și valorile unui grup social.

Adolescentul se află într-un moratoriu psiho-social între copilărie și perioada de adult, în timpul căreia sunt testate diferitele roluri. Un individ poate străbate mai multe căi nepotrivite până la a lua decizia finală pentru alegerea profesiei (de exemplu: valorile morale pot fluctua, dar un sistem etic este posibil să se consolideze acum într-un cadru coerent organizat).

O criză de identitate apare la sfârșitul adolescenței. **Erikson** a denumit-o criza normativă, pentru că este un eveniment normal. Dar nelămurirea acestei probleme este anormală și îl lasă pe adolescent fără o identitate solidă.

Persoana suferă de difuziunea identității sau confuzie de rol, caracterizată prin faptul că adolescentul nu are un sentiment de sine și este confuz în ceea ce privește locul său în lume. Confuzia de rol se poate manifesta prin tulburări de comportament ca fugă, criminalitate sau psihoze manifeste. Adolescentul se poate apăra împotriva difuziunii de rol, prin alăturarea la „găști", culte sau prin identificarea cu personaje foarte populare.

Din punct de vedere social este o perioadă de pregătire intensă pentru viitorul rol de adult. Într-adevăr, sfârșitul acestei perioade survine atunci când adolescentului i se acordă depline prerogative de adult, într-un moment și într-o proporție care variază de la o societate la alta.

Pentru cei mai mulți oameni, a-și dezvolta un sentiment bine definit al moralității, reprezintă o realizare majoră a adolescenței târzii și a perioadei adulte. Moralitatea este definită drept capacitatea de a te conforma standardelor, regulilor, drepturilor și responsabilităților. Există, în orice caz, posibilitatea conflictului între două standarde social acceptate, iar persoanele învață să facă judecăți bazate pe un simț individualizat al conștiinței.

Compatibilitatea și flexibilitatea acestui nou super-ego întărește capacitatea persoanei de a stăpâni și exprima sentimente și emoții în relațiile sociale. De-a lungul întregii vieții, super-ego-ul unei persoane trebuie să fie capabil să se schimbe și să se dezvolte în sensul adaptării la noi situații de viață.

Această etapă de dezvoltare internalizează principiile etice și controlul comportamentului.

PERIOADA ADULTĂ

Perioada adultă poate fi împărțită în trei perioade majore:

- ♦ perioada precoce
- ♦ perioada medie
- ♦ perioada tardivă - bătrânețea

O mare parte din problematica psihiatriei se ocupă de fenomenele care au loc în această etapă:

- căsătoria

- creşterea copiilor/calitatea de a fi părinte
- angajarea/profesia/probleme legate de muncă, şomaj
- evenimente psihotraumatizante: divorţ, îmbolnăviri, alte evenimente stresante.

Etapa vieţii adulte este o perioadă de mari schimbări, unele dramatice, altele mai subtile, dar continue. Individul trebuie să fie capabil să se adapteze la toate schimbările ce pot să apară; aceasta este cea mai lungă perioadă a ciclului vieţii.

C.G. Jung se referea la vârsta de 40 de ani ca „amiază a vieţii" şi considera că perioada adultă trebuie luată în considerare cu aceeaşi atenţie ca şi perioadele timpurii din viaţă.

E. Erikson a descris trei calităţi ce trebuiesc dobândite în perioada adultă: intimitatea, pro(creaţia) şi integritatea.

Etapa a-VI-a: Intimitate/ Izolare (20 - 40 de ani)

Maturitatea se manifestă la începutul vieţii adulte, în primul rând prin rezolvarea crizelor anterioare ale copilăriei şi adolescenţei, în al doilea rând - prin a deveni capabil şi interesat în acelaşi timp în stabilirea unei relaţii apropiate cu altă persoană, iar în al treilea rând prin capacitatea şi dorinţa de a produce ceva.

Intimitatea se referă în special la obţinerea intimităţii în relaţiile sexuale, în stabilirea unor bune relaţii de prietenie şi a unor autentice relaţii de grup.

Toate acestea nu îl sperie pe individul cu criză de identitate rezolvată în etapa anterioară de dezvoltare. Din contră, persoana care ajunge la tinereţe într-o stare de confuzie de rol este incapabilă să se implice într-o relaţie autentică, stabilă, pe termen lung. Cu un prieten sau cu un partener în cadrul căsătoriei, această persoană poate deveni absorbită de sine şi indulgentă cu sine; în această situaţie se dezvoltă un sentiment de izolare care poate evolua până la intensităţi periculoase.

Etapa a-VII-a: (Pro) Creaţie/Stagnare (40 - 65 de ani)

În timpul deceniilor care traversează perioada medie a vieţii, adultul alege între (pro) creaţie sau stagnare.

Creaţia nu se referă numai la situaţia în care persoana are sau creşte copii, ci şi un interes vital, îndepărtat, mult mai larg, în orientarea şi sprijinirea noilor generaţii şi/sau de îmbunătăţire a societăţii.

Cei fără copii pot fi procreatori prin dezvoltarea unui sentiment de altruism şi creativitate. Dar cei mai mulţi, dacă sunt apţi, vor dori să-şi perpetueze personalităţile şi energiile, *„prin producerea şi îngrijirea urmaşilor"*. A dori sau a avea copii totuşi nu garantează creaţia. Părinţii au nevoie mai întâi să-şi fi realizat propriile identităţi, pentru a fi cu adevărat creatori.

Adultul care nu are preocupări privind orientarea şi sprijinirea tinerelor generaţii, se va orienta obsesiv spre intimitate; asemenea persoane se pot căsători şi chiar pot avea copii, dar totul va fi realizat prin izolare şi protecţie de sine.

Fără a putea fixa o vârstă precisă, se pare că există o perioadă situată între 45 şi 60 de ani, când mulţi indivizi se simt dezorientaţi şi nefericiţi, care ar putea contura *„criza perioadei medii de viaţă"*.

70-80% din bărbaţi au o criză de la moderată la severă în această perioadă, determinată de schimbări bruşte şi neaşteptate la locul de muncă sau în relaţia mari-

tală, și care se manifestă prin depresie severă, creșterea consumului de alcool sau de droguri, schimbarea cu un alt stil alternativ de viață. Persoanele aflate în această situație simt că nu mai au resurse și că cele restante sunt inadecvate pentru stăpânirea stresurilor survenite în viața lor. Resimt acut senzația îmbătrânirii și sentimentul implacabil al înfruntării morții. Asocierea dintre aceste conștientizări cu stările de panică sau de depresie constituie sindromul de criză al perioadei medii de viață.

Există numeroase evenimente care modifică stilul de viață al persoanei în timpul perioadei medii de viață, dar ele sunt stăpânite fără suferință. Numai atunci când evenimentele de viață sunt prea severe și surprinzătoare, ca moartea soției, pierderea slujbei, o suferință somatică gravă, persoana trăiește o tulburare emoțională de asemenea proporții încât determină denumirea drept criză a perioadei medii de viață. Bărbații și femeile predispuși la această criză par să provină din familii caracterizate printr-unul sau mai multe din elementele următoare survenite în timpul adolescenței: neînțelegeri parentale, îndepărtarea de părintele de același sex, părinți anxioși, părinți impulsivi cu un nivel scăzut al responsabilității.

Problematica complexă legată de profesie este generată de satisfacția sau insatisfacția dată de muncă, adaptarea la locul de muncă, șomajul. Efectele șomajului îi afectează pe cei cu venituri mici. Efectele psihologice și fizice pot fi enorme. Nucleul identității persoanei care este atât de adesea legat de profesie și de procesul propriu-zis al muncii, este serios afectat atunci când este pierdut locul de muncă. Este important să menționăm aici incidența crescută a alcoolismului, a tentativelor de suicid și a actelor de violență sau debutul tulburărilor psihice.

PERIOADA BĂTRÂNEȚII

Etapa a-VIII-a: Integritate/Disperare și izolare (peste 65 de ani)

În etapa a opta a ciclului de viață, după **Erikson**, există conflictul între integritate - sentimentul de satisfacție pe care îl simte cineva, reflectat asupra unei vieți trăite productiv și disperare - sentimentul că viața nu a avut nici o utilitate.

Maturitatea târzie poate fi o perioadă a mulțumirii, un timp în care să te bucuri de nepoți, să-ți contempli rezultatele marilor eforturi făcute și, poate, să vezi roadele propriei munci puse în valoare de generațiile mai tinere. Integritatea permite acceptarea propriului loc în ciclul vieții și recunoașterea faptului că viața ta este propria ta responsabilitate. În ceea ce îi privește pe proprii părinți, există o acceptare a ceea ce sunt sau au fost și o înțelegere a felului în care și-au trăit propriile vieți.

În orice caz, nu există liniște sau mulțumire la bătrânețe decât dacă persoana a dobândit intimitate și și-a îndeplinit menirea de procreator. Fără procreere nu există convingerea că propria viață a avut vreun rost. Fără această convingere, apare teama de moarte și un sentiment de disperare sau nemulțumire.

Conceptul ciclului vieții a constituit cadrul pe care s-au dezvoltat teoriile psihopatologice, mai ales cele legate de stres, *„coping"* și relația cu tulburările psihiatrice, teoria eriksoniană împlinindu-și cu succes rolul de placă turnantă în continuumul reprezentat de cele două condiții: sănătate și boală mintală. Perspectiva oferită de o astfel de temă a fost exploatată generos de studiile care, în viziunile moderne ale psihiatriei, iau

B.C.U. „M. EMINESCU" IAȘI

în calcul rolul pe care îl joacă atât experimentele de viață îndepărtate, cât și cele recente, în constituirea acelor seturi de resurse interne și externe de care individul dispune pentru a se adapta.

Teoriile contemporane completează teoria ciclului vieții, ajungând la o configurație mai complexă decât a cercului inițial descris, și anume la cicluri suprapersonale articulate între ele, fiecare reprezentând de fapt un ciclu al vieții, cu direcții de dezvoltare specifice, suprapunându-se, intersectându-se, ciocnindu-se și uneori întărindu-se reciproc: ciclul biologic-reproductiv, ciclul familial-marital, ciclul educațional-vocațional. Se mai descriu în literatură: ciclul familial, ciclul profesional, ciclul locativ, ciclul relațiilor sociale etc.

Un astfel de model s-ar putea dezvolta pornind de la teoria ciclurilor vieții, înțelese nu doar în sensul restrâns al cronologiei, ci într-un sens mai larg, care presupune angajarea dinamică a persoanei în proiecte de viață, care îi implică și pe alții, mai ales pe cei din ambianța socială proximă.

În diversele domenii de viață se desfășoară diferite programe existențiale care au un început și un sfârșit, se pot relua în alt context și, în general, asemenea „parcursuri" existențiale se desfășoară în paralel din perspectiva diverselor cicluri suprapersonale - familia proprie și de origine, la locul de muncă și la școală, probleme legate de locuință, de activitate profesională specială, activitate socială, politică, etc. În fiecare din aceste domenii se depune efort, sunt trăite stresuri și satisfacții; ele se pot cumula la un moment dat după mai mulți ani, sau eforturile și stresurile dintr-un ciclu sunt compensate prin satisfacțiile din altul.

Iată de ce, urmărirea ciclurilor vieții, a dinamicii, a schimbărilor ce se petrec în cadrul acesteia, permite clarificarea de ansamblu a abilităților persoanei, a satisfacțiilor și stresurilor ce se corelează la un moment dat cu rețeaua socială externă, fapt ce ar putea explica creșterea sau scăderea circumstanțială a vulnerabilității.

În perspectiva diacronă, în spatele tuturor straturilor de temporalitate menționate, se întâlnește „durata" proprie a existenței unei persoane date; ax al duratei ce derivă din biografie și se contopește cu identitatea persoanei pe care o întâlnim ca element esențial în perspectiva structurală a acesteia. Iar deasupra duratei și straturilor de temporalitate, prin mijlocirea prezentului trăit se împlinește devenirea persoanei. Astfel, se constituie ceea ce s-ar putea numi „biografia" unei persoane, care poate fi considerată din exterior și descrisă într-o manieră romanescă sau evidențiată prin repere schematice. Dar nu trebuie ignorat nici ceea ce s-ar putea numi „biografia internă", ce constă în metamorfoza sensurilor și angajărilor existențiale, a devenirii intime a persoanei în contextul lumii umane care o învăluie și-i dă sens.

TEREN PREMORBID ȘI VÂRSTĂ

Asupra discutatului premorbid, vârsta va juca un rol deosebit fiind o coordonată majoră la care se va referi dinamica și specificitatea oricărui tablou clinic; există o nevrozã a adolescentului, una a adultului, și alta a bătrânului, ca și o boală afectivă a maturității și una a involuției, aceste delimitări fiind de această dată modificate nu doar în formă ci și în conținut.

Patologia psihiatrică se leagă și se va lega de experiența trăită. Conținutul trăirilor patologice este uneori absurd, dar niciodată abstract. Dependența de vârstă a experienței trăite nu trebuie demonstrată, după cum nu vom mai insista asupra felului în care vârsta intervine în structura personalității.

Vom mai nota că factorul vârstă va interveni în determinarea formală a aspectului clinic prin rolul pe care îl joacă asupra fondului somatic, care va prezenta bineînțeles caracteristici ce nu vor fi desigur confundate cu boala sau cu consecințele acesteia, așa cum nu vom face nici în cazul structurilor psihice.

Senescența, adolescența, climacteriul nu sunt nici boli, nici cauze de boli, nici terenuri patologice în sine, ci doar aspecte de sinteză ale modificărilor induse de vârstă. Desigur continuarea eforturilor de delimitare și descriere a normalului, a sănătății în perioadele "critice" ale existenței, vor aduce o mai corectă abordare a aspectelor patologice de la aceste vârste.

Importanța factorului vârstă este relevată și de modificarea tablourilor clinice la același individ odată cu înaintarea în vârstă. Cât din aceasta se datorează evoluției bolii și cât modificărilor normale pe care individul în unitatea sa biopsihosocială le suferă odată cu trecerea timpului, este o întrebare care nu are în momentul de față un răspuns adecvat.

BOALĂ ȘI PERSONALITATE

Fundalul bolii psihice ca și al normalului este personalitatea. Ea va fi cea care va da nota particulară și de diversitate ficărui tablou clinic. De fapt, aceasta este și marea dificultate dar pe de altă parte și marea specificitate caracteristică psihiatriei. Cele două componente ale cuplului patogenic, terenul și agentul patogen se află în psihiatrie într-o relație de strânsă întrepătrundere, alcătuind o ecuație ale cărei soluții sunt infinite. Și asta pentru că, spre exemplu, dacă în reacții agentul patogen (trauma psihică) va fi exterior terenului (personalitatea), în dezvoltări el se va și suprapune structural și genetic peste aceasta (boala aflându-și cauza și în însăși dizarmonia personalității), iar în procese, intersecția celor două componente generatoare ale bolii conduce la transformarea tuturor elementelor originale ale personalității. Desigur că relația dintre cei doi factori amintiți mai sus nu este o relație mecanică; complexitatea retroacțiunilor, interdependențelor, o face greu descriptibilă și practic imposibil de cunoscut în intimitatea ei.

Mai mult decât în oricare domeniu al medicinii, în psihiatrie existența bolnavilor și nu a bolilor este definitorie. Aceasta nu înseamnă, așa cum au încercat unii să demonstreze, că bolile nu există; și cu atât mai puțin înseamnă ceea ce alții susțin cu suverană suficiență, că nu asistăm decât la o boală unică.

Semnificația celor arătate anterior se regăsește în diversitatea clinică a tulburărilor mintale, indiferent de intensitatea lor nevrotică, psihotică sau, și de ce nu, demențială, care se transfigurează la nivel individual într-o caleidoscopică organizare.

Munca psihiatrului ar fi sisifică în încercarea de descriere a tuturor acestor tablouri, iar nosografia ar părea un "*butoi al Danaidelor*" dacă în permanență nu s-ar face efortul critic al determinării premorbidului. Punerea acestuia în evidență, stabilirea legăturii inteligibile dintre preexistent și existent, ca și sesizarea exactă a nivelului și caracteristicilor personalității oricum în suferință sunt condițiile sine qua non ale psihiatriei.

În stabilirea diagnosticului și în înțelegerea cazului, mediul trebuie să rezolve o problemă fundamentală și anume să coreleze tabloul clinic actual cu aspectele personalității premorbide pe care acesta s-a grefat și să aprecieze astfel eventualitatea accentuării unor trăsături care se manifestau evident și anterior îmbolnăvirii; modificarea calitativă a personalității – operație dificilă și cu importante consecințe în ceea ce privește diagnosticul și îndeosebi terapia.

O personalitate nu se poate restructura datorită bolii decât de la un nivel pe care l-a atins, în jos. Această diferență trebuie să fie reală, între ceea ce a fost și ceea ce este și nu între ceea ce ar fi putut fi, sau ceea ce ne imaginăm că a fost, sau între proiecția ideală a psihiatrului și realitate.

Același lucru este valabil și pentru substructurile personalității: atunci când afirmăm deteriorarea mintală, va trebui să ne referim la dezvoltarea mintală a subiectului în cauză care este acum decalată în performanțe.

Mayer-Gross concluziona asupra unui lucru observat de mult timp în psihiatrie, că modul de reacție corespunde trăsăturilor celor mai reprezentative ale personalității la care acesta apare, deci reacțiile sunt aproape întotdeauna în sensul personalității.

De asemenea, celelalte psihogenii prin însăși definiția lor – de boli de "dezvoltare" vor urma sensul personalității. Înțelegerea acestui lucru ne va împiedica în tentația hiperanalitică de a descrie noi și noi entități și forme clinice, pentru că pare evident că fiecare tip de boală, indiferent de intensitatea ei psihopatologică (până și la nivel demențial) va căpăta nuanța dominantă a personalității premorbide, dezvoltând o simptomatologie generată de suprapunerea sau de interferența morbidului cu premorbidul.

Dacă personalitatea nu este o cheie psihopatologică pentru explicarea conținutului întregii patologii (așa cum ea este pentru psihogenii), ea va fi și în cadrul celorlalte boli factor patoplastic, făcând comprehensibilă forma, dar nu și conținutul.

Intuiția kretschmeriană (devenită dogmă din păcate pentru o lungă perioadă de timp) care opunea picnicul leptosomului în tentativa de a stabili calea către psihoză, își găsește în realitatea clinică o nuanțată exprimare, chiar atunci când procesul schizofren se instalează la tipul picnic, el are o pronunțată nuanță afectivă.

Absolutizarea rolului structurii premorbide poate însă duce la impasuri majore, după cum se va vedea din unul din cele mai banale: s-au descris, o structură psihopatică și una nevrotică între care s-a stabilit ca linie de demarcație "păstrarea posibilității comparației între starea sa dinainte de boală și îmbolnăvire" **(Nica-Udangiu).**

Se admite însă posibilitatea "psihopatizării" nevrozelor după o mai lungă și trenantă evoluție. Întrebarea care se pune este: acest nevrotic psihopatizat mai "păstrează" întotdeauna posibilitatea comparației comportamentului său înainte și după îmbolnăvire? Dacă da, atunci nu a devenit "psihopat"; dacă nu, atunci cum știm că nu a fost "psihopat"?

Desigur acesta este un simplu demers teoretic care demonstrează dificultățile de încadrare în modele, delimitările având o zonă lipsită de exactitate care își are originea tocmai în uriașa variabilitate umană și în dificultatea stabilirii de modele.

Interferența care se produce în cadrul sindroamelor psihoorganice cronice (și chiar în cele acute), în care patologia ce ar trebui să fie organizată după modelul strict medical (leziune-disfuncție) are un caracter de globalitate; faptul că ele se diferențiază evidențiind cel mai adesea dizarmoniile existente în personalitatea premorbidă, ne

îndreaptă pentru admiterea reciprocei: "structura somatică" va avea un rol în expresivitatea tabloului clinic. Constituția biologică, integritatea ei morfo-funcțională, rezistența ei la dezadaptare, toate acestea se vor regăsi nuanțat în tabloul morbid. Iată câteva din circumstanțele medicale care pot avea ca expresie schimbarea personalității subiectului: tulburările comițiale, în special cele cu origine în lobul temporal, leziunile lobului frontal, tumorile, abcesele și alte leziuni cerebrale. **Bear** și **Fedio** au descris caracteristicile personalității pacienților cu epilepsie a lobului temporal: hipo- sau hipersexualitate, vâscozitate emoțională („adezivitate"), hiperreligiozitate, intensificarea emoțiilor, hipergrafie, circumstanțialitate, supraincluziune, lipsa umorului, tendințe paranoide și accentuarea extremă a sentimentului moral Este important de reamintit că în cazurile în care există o patologie predominantă a lobului frontal, abilitățile cognitive sunt relativ păstrate.

Cauzele medicale ale schimbărilor de personalitate (după **M.K. Popkin, 1986)**

Demența corticală (poate fi manifestarea timpurie)
Tumorile SNC
Afecțiuni ale lobului frontal (în special asociate cu leziunile orbitale sau cu tumori)
Traumatism cranian
Intoxicații (de ex. plumb)
Sindrom postconvulsiv
Psihochirurgie
Accidente vasculare
Hemoragie subarahnoidiană
Demență subcorticală (deseori o manifestare care iese în evidență)
Afecțiuni ale lobului temporal (în special de tip iritativ/convulsiv)

Revizia a-X-a a clasificării tulburărilor mintale și de comportament OMS, 1992 introduce conceptul de tulburare de personalitate organică pe care o caracterizează ca: *o alterare semnificativă a modelelor obișnuite a comportamentului premorbid. În special sunt afectate expresia emoțională, trebuințele și impulsurile, funcțiile cognitive sunt defectuoase în special sau doar în sfera planificării propriilor acțiuni și anticipării consecințelor lor pentru subiect.*

În afara unui istoric stabilit sau a unei alte dovezi de boală, leziune, sau disfuncție cerebrală, un diagnostic cert necesită prezența a două sau mai multe din următoarele caracteristici:

- Capacitate constant redusă de a persevera în activități cu scop, mai ales când implică lungi perioade de timp și satisfacții amânate;
- Comportament emoțional alterat, caracterizat prin labilitate emoțională, bună dispoziție superficială și nejustificată (euforie), veselie neadecvată; schimbare rapidă spre iritabilitate sau scurte explozii de mânie și agresiune; în unele cazuri poate apărea apatia, care poate fi trăsătura predominantă;
- Dezinhibarea expresiei necesităților și impulsurilor fără a lua în considerare consecințele sau convențiile sociale (pacientul se poate angaja în acte disociale ca: furtul,

avansuri sociale nepotrivite, bulimie sau manifestă desconsiderare pentru igiena personală);

- Tulburări cognitive sub forma suspiciunii sau ideație paranoidă și/sau excesivă preocupare pentru o unică temă de obicei abstractă (de exemplu religia, „adevărul", „eroarea" etc.);
- Alterare marcată a debitului și fluidității verbale, ceea ce se traduce prin: circumstanțialitate, hiperimplicare, vâscozitate și hipergrafie;
- Comportament sexual alterat (hiposexualitatea sau schimbarea preferinței sexuale.

Totuși, așa cum nu există psihogeneză pură (nu există emoție fără tulburări neurovegetative și endocrine, afirmă în 1973 **Sivadon**), tot așa nu se poate vorbi de personogeneză în sens neurologic.

TULBURĂRI DE PERSONALITATE

Pentru a denumi tulburările de personalitate așa cum le înțelegem și le denumim azi, de-a lungul timpului au fost folosiți o serie de termeni cu destin lingvistic variabil și cu o arie de răspândire mai mult sau mai puțin importantă. Termeni ca *folie sans delir* (**Ph. Pinel**), *nebunie morală* (**J.C. Prichard**), *inferioritate psihopatică*, *psihopatie* (**J.L. Koch**), *anetopatie, caracteropatie, personalitate psihopatică* (**E. Kraepelin**), *nevrozã de caracter, dizarmonie de personalitate, tulburare de personalitate,* au căutat de-a lungul timpului să acopere domeniul tulburării de personalitate, acest lucru fiind de înțeles în contextul în care *chiar conceptul de personalitate, cheia de boltă a psihologiei și a psihopatologiei cunoaște zeci de definiții și sute de accepții* (**G. Ionescu**). Formulările menționate au ținut seama fie de presupusa determinare etiopatogenică a tulburării de personalitate, fie de modelul personalității însușit de autori, fie chiar de tabloul psihopatologic.

Vom trece în revistă o serie de definiții din ultima jumătate de veac care ni s-au părut mai complete:

- Este imposibil de dat o definitie a personalității psihopatice. Prin personalitate psihopatică înțelegem acele personalități discordante caracterizate prin particularități cantitative ale instinctului, temperamentului și caracterului și a căror activitate intențională și unitară este influențată de anomalii în perceperea propiei persoane și a semenilor, fapt ce duce la înlocuirea valorilor reale cu false valori și a scopurilor autentice vitale cu pseudoscopuri. (**E. Kahn, 1931**)
- Personalitățile psihopatice sunt acele personalități anormale care suferă datorită anormalităților structurale sau care, prin acestea fac societatea să sufere (**K. Schneider, 1934**).
- Psihopatic ca prefix, a devenit un coș de gunoi în care sunt aruncate tot felul de lucruri. Între aprecierile relative și șovăitoare ale societății în ceea ce privește așa-zisul nebun și așa-zisul criminal, psihopatia se situează într-o zonă de tranziție diferită de cele două, integrându-se într-una sau alta, mai mult sau mai puțin accidental (**P. White, 1935**)
- Denumim prin personalități psihopatice, acei indivizi care, în concordanță cu un anumit nivel intelectual care niciodată nu atinge limita inferioară a normalului și care de-a lungul întregii lor vieți sau de la o vârstă tânără, au tulburări manifeste de tip anti-

social sau asocial, cu caracter recurent sau episodic, cel mai adesea și care se dovedesc a fi puțin influențate de metode sociale, penale și medicale, pentru care nu posedăm mijloace de natură preventivă sau curativă (**D.K. Henderson, 1939**)

- Ei tind să-și exteriorizeze social conflictele în loc să dezvolte simptomele conflictului interior (**S. Levine, 1942**).
- Psihopatiile reprezintă un grup polimorf de dezvoltări patologice ale personalității caracterizate clinic printr-o insuficientă capacitate sau printr-o incapacitate episodică sau permanentă de integrare armonică și suplă la condițiile obișnuite ale mediului familial, profesional sau în general social (**V. Predescu, 1976**).
- Principalele trăsături sunt reprezetate de modele rigide, necorespunzătoare, de relație, de percepție și de apreciere a lumii și sinelui, suficient de severe, pentru a determina fie tulburări severe în adaptarea socio-profesională, fie suferințe obiective (DSM III, 1980).
- Tulburările în modul de structurare a personalității sunt un grup polimorf de structuri particulare ale personalității care includ deviații calitative sau cantitative ale sferei afectiv-volitionale și instinctive, care se cristalizează în adolescență și persistă toată viața, se manifestă pe plan comportamental, fără a fi recunoscute ca atare de subiect, provocându-i acestuia o incapacitate de integrare armonioasă la condițiile mediului social cu care realizează un impact permanent, dar cu răsunet existențial variabil.
- Au ca elemente definitorii: controlul incomplet al sferelor afectiv-volitionale și instinctive; nerecunoașterea defectului structural; incapacitatea de integrare armonioasă în mediul social. (**F. Tudose și C. Gorgos, 1985**)
- Tulburarea specifică de personalitate este o perturbare severă în constituția caracteriologică și tendințele comportamentale ale individului, implicând de obicei mai multe arii ale personalității și asociate aproape întotdeauna cu o considerabilă disrupție personală și socială. Tulburarea de personalitate tinde să apară în copilăria tardivă sau în adolescență și continuă să se manifeste în viața adultă. Din această cauză este improbabil ca diagnosticul de tulburare de personalitate să fie cel corect pentru un pacient care nu a împlinit încă 16 sau 17 ani. (**ICD-10, 1992**)
- Tulburarea de personalitate este un pattern persistent de experiență interioară și comportament care deviază în mod clar de la așteptările pe care le avem din partea însului; acest pattern este pervaziv și inflexibil, cu debut în adolescență sau timpuriu în viața adultă, stabil în timp și care determină disfuncționalitate. (**DSM-IV, 1994**)
- Personalitățile dizarmonic-psihopate se caracterizează prin:
  - o dizarmonie caracterială gravă și persistentă care se exprimă prin diverse tipologii;
  - această tulburare influențează negativ (perturbator) existența interpersonal-socială a individului; judecarea morală poate fi deseori, deficitară;
  - dizarmonia este urmarea disontogenezei persoanei; anormalitatea fiind neevolutivă și greu influențabilă prin educație, sancțiuni sau chiar prin tratament psihiatric.

Există și alte caracteristici care, însă, nu se întâlnesc în mod obligatoriu la toate cazurile de psihopatie, ci mai ales la cele etichetate ca "sociopatice" ori "nucleare":

- subiectul urmărește satisfacerea propriilor interese și plăceri, fără a ține cont de alții (egocentric, hedonic);

- subiectul este de acord cu comportamentul lui (egosintonic);
- în situații conflictuale este de părere că alții sunt vinovați (extrapunitivitate);
- îi determină pe alții să sufere mai mult decât suferă el însuși;
- atitudinea activă și heteroagresivă predomină asupra celei inhibate;
- lipsa de adecvare nuanțată la diverse situații, incapacitatea de a învăța din experiență (psihorigiditate). **(M. Lăzărescu și D. Ogodescu, 1995)**
- Ansamblul caracteristic și persistent de trăsături, predominant cognitive, dispoziționale și relaționale, ilustrate printr-un comportament care deviază în mod evident și invalidant de la expectațiile față de persoana respectivă și de la normele grupului său social. (**G. Ionescu, 1997**).

Dintre factorii incriminați în etiologia plurifactorială a tulburărilor de personalitate au fost incriminați ereditatea, factorii perinatali, factori de microorganicitate, factori mezologici, factori de dezvoltare, fără ca să existe până în acest moment nici un consens științific și nici măcar dovada unei legături de cauzalitate suficient de importante pentru a fi luată în discuție.

Interesul deosebit de prezentare a tulburărilor de personalitate în această lucrare este legat cel puțin de următoarele aspecte:

- Personalitatea și implicit tulburările de personalitate reprezintă fundalul pe care se desfășoară tragedia bolii psihice sau somatice și în acest context perceperea ei de către medic sau psihologul clinician va suferi distorsiuni caracteristice.
- Situate la limita normalitate-boală, fără să își poată defini un statut, tulburările de personalitate vor fi uneori confundate cu boala psihică, creând dificultăți de diagnostic și abordare
- Tulburările de personalitate ale membrilor familiei bolnavului pot complica în cele mai diverse ipostaze intervenția terapeutică.
- Medicul sau psihologul clinician pot fi ei însăși personalități care se înscriu în această sferă iar acest lucru va genera dificultăți de relaționare extreme.
- Abordarea bolnavilor cu tulburări de personalitate indiferent de suferința pe care o au – psihică sau somatică – cere abilități și efort suplimentar.

Subliniem toate acestea pentru a ne delimita și de aceia care consideră că aceste personalități sunt *sarea și piperul omenirii... tulbură valurile vieții sociale și uneori le dau culoare.* Amestecul armonie-dizarmonie-normalitate-anormalitate-incertitudine - delimitare ca fundal acceptat pentru demersul medical sau psihologic, va fi doar un inutil marș în deșert spre o țintă care este fata morgană. Acolo cel care va rătăci se imaginează ca un stăpân al adevărului acceptând paradoxul că orice asertiune poate fi în acest context adevărată sau falsă.

Tulburările de personalitate sunt alcătuite din ***trăsături*** de personalitate, care arată o persistență maladaptativă și inflexibilitate. Trăsăturile de personalitate sunt patternurile durabile ale comportamentului.

a. Trăsăturile nu sunt patologice și nici nu sunt diagnosticabile ca tulburări mintale.

b. Recunoașterea acestor trăsături poate fi folositoare oricărui medic în înțelegerea reacției față de stres, boală sau oricare altă situație cu implicații medicale.

Funcția homeostatică realizată de personalitate pentru mediul psihosocial obișnuit al pacientului poate fi profund dezadaptativă în cadrul sistemului medical la care acesta este nevoit să apeleze. Tulburările comportamentale care rezultă pot fi etichetate ca tulburări de personalitate, neadaptare, nevroză, comportament normal în condițiile afecțiunii date, regresie psihologică legată de boală sau caracter patologic.

Acordarea importanței cuvenite factorilor psihodinamici, de dezvoltare și de personalitate este importantă pentru medic din următoarele motive:

- reacțiile negative ale unui specialist în fața pacientului pot îndepărta clinicianul de problemele medicale reale.
- tulburările de personalitate pot avea ca rezultat un diagnostic incorect și un tratament insuficient sau nepotrivit. (De exemplu, comportamentul neajutorat și indecis al unui pacient cu tulburare de personalitate de tip dependent poate fi interpretată greșit ca aparținând unei depresii și deci tratată cu medicație antidepresivă);
- complicațiile legate de personalitate pot fi tratate de obicei într-un termen scurt.

Scopul recunoașterii tulburării de personalitate este cel de a înțelege comportamentele pacientului față de boală, un exemplu clasic fiind cel al comportamentelor adictive în care abuzul de droguri nu poate fi tratat fără a înțelege trăsăturile de personalitate care îl însoțesc.

Frecvent tulburările de personalitate complică relația medic-pacient dar tot atât de frecvent, tulburările de personalitate sunt trecute cu vederea, în special la vârstnici. La această vârstă, multe din comportamentele dezadaptative sunt puse pe seama organicității sau a deteriorării cognitive datorată vârstei. Cu toate acestea, retrospectiva evenimentelor și conduitelor din trecut, poate orienta rapid medicul în identificarea unei tulburări de personalitate.

Informații utile în descrierea personalității pot fi obținute din observarea felului în care pacientul este îmbrăcat și modul în care participă la dialogul cu medicul. Machiajul strident sau, dimpotrivă aspectul neîngrijit, mimica exagerată sau indiferența față de situație sunt elemente importante.

Ascultarea modului în care pacienții își exprimă nevoile, a faptului că prezentarea este prea dramatică sau excesiv de patetică, orientează atât spre existența unei tulburări de personalitate, cât și spre tipul acesteia. Același lucru se întâmplă atunci când pacientul încearcă să se prezinte într-o lumină exagerat de măgulitoare.

Răspunsurile la întrebări specifice de tipul: *Cum a interacționat cu persoane importante? Se simte pacientul apropiat sau încrezător în cineva? Pacientul are un comportament manipulator sau exagerat de dependent? Ce comportament anormal a mai prezentat pacientul în trecut? În ce fel se comportă în relația cu cei care îl îngrijesc? A intrat vreodată în conflict cu aceștia? Ce a fost benefic și ce nu în relațiile cu medicii care l-au îngrijit anterior?* vor aduce informația necesară creionării tipului de personalitate și va permite evaluarea necesară plasării acestuia între normalitate și tulburare.

Relații suplimentare care să contureze tabloul personalității pacientului pot fi obținute de la prieteni, familie, colegi, parteneri de cuplu. De asemenea, tabloul poate fi și mai bine conturat prin folosirea unor teste de psihodiagnostic cum ar fi: inventarul multifazic de personalitate Minnesota (MMPI), considerat de psihologii și medicii americani cel mai bun test standardizat pentru evaluarea personalității.Un avantaj suplimentar al MMPI-ului este faptul că se autoadministrează și că în ultima vreme poate fi pre-

lucrat automat pe computer. Dintre dezavantaje enumerăm lipsa unei standardizări românești recunoscute și timpul mare necesitat de completarea acestuia.

O CLASIFICARE A TULBURĂRILOR DE PERSONALITATE ȘI IPOSTAZE MEDICALE ALE ACESTORA

În recunoașterea pacienților cu tulburări de personalitate este utilă identificarea unor caracteristici care pot orienta către această ipostază diagnostică medicul sau psihologul.

Caracteristicile obișnuite ale pacienților cu tulburări de personalitate

Modele de comportament cronice și durabile, nu episodice
Blamarea constantă a altora
Ușor de înfuriat sau de făcut geloși
Ego-sintonic
Funcția socială și ocupațională tulburată
Dependență sau independență excesivă
Frecvent „dezamăgiți" de către partener
Impulsivi sau compulsivi
Exacerbare produsă de afecțiunile SNC, traumatism cranian și stres
Standarde și opinii inflexibile
Iritabilitate
Abilități empatice reduse
Înșelarea persoanelor pentru a ajunge la un rezultat final
Egocentrism
Deseori rezistență la tratament
Trecere de la subevaluare la supraevaluare
Relații interpersonale tulburi sau instabile

Dintre numeroasele clasificări și categorisiri ale tulburărilor de personalitate pentru a evita pe de o parte pericolul dogmatic, iar pe de cealaltă parte atomizarea tipologică, vom folosi modelul standardizat și operant introdus de lucrări specializate și unanim recunoscute în lumea medicală: Manualul Statistic de Diagnostic, ediția a-IV-a al Asociației Americane de Psihiatrie (DSM-IV) și revizia a-X-a Clasificării Internaționale a Bolilor (CIM-10) elaborat de Organizația Mondială a Sănătății la care vom adăuga în prezentarea noastră câteva din tulburările de personalitate care prin frecvență și specificitate forțează ușile taxinomiei.

Tipul de personalitate	Trăsături esențiale	Trăsături asociate	Complicații
Paranoidă	Suspiciozitate exagerată, neîncredere generalizată, controlul fidelității și autenticității datelor, faptelor și situațiilor, interpretativitate, reținere, distanțare, ermetizare, non-confidențialitate, tendințe de putere, valorizare, dificultăți interrelaționale, de integrare și armonizare	Rigoare logică, argumentativitate și persuasiune, combativitate și tenacitate, nevoia de a fi recunoscut, stimat, slabă toleranță la pierdere, eșec sau frustrare, intoleranță la minimalizare, rejecție, ignorare, heteroatribuirea insucceselor, rezonanță afectivă redusă, tendință la autonomie, incapacitate de cooperare, exigență și intransigență, tendință de autovalorizare, atitudine de supraestimare și fantasme de grandoare și omnipotență, supravalorizarea rangului, disprețul pentru cei slabi, incapabili	Scurte episoade psihotice, poate apărea ca un antecedent al depresiei majore schizofreniei, tulburării delirante
Schizoidă	Introversie marcată, detașarea de realitate, sociofobie, non-implicare, rezonanță afectivă redusă, disponibilitate scăzută de a trăi pierderea, eșecul, frustrările, preferințe pentru activități solitare, conduita neconvențională sau bizară	Înclinația spre introspecție și reverie, indiferență față de lauda sau critica celorlalți, preocupări reduse ori absente pentru activitatea sexuală	Poate apare ca un antecedent premorbid al tulburării delirante al schizofreniei sau al tulburării depresive majore
Schizotipală	Aspecte particulare și excentricități în comportament și în prezentare, rezonanță afectivă redusă, relaționare slabă, ideație dominată de convingerea că posedă însușiri rare, particulare, ilustrate prin clarviziune, capacitate de premoniție, telepatie sau superstiție,	Convingeri și experiențe senzoriale insolite, ciudate sau gândire magică, anxietatea de fundal cu conținut primordial social, episoade psihotice tranzitorii, ruminații obsesive cu conținut dismorfofobic, sexual sau agresiv, exprimare circumstanțială, metaforică hiperelaborată	Suicidul, episoade cvasipsihotice tranzitorii, tulburarea delirantă, tulburarea schizofreniformă, schizofrenie, depresia cu alură distimică, episoade depresive majore

Antisocială	Sfidarea și violarea normelor, regulilor și obligațiilor sociale, conduita insensibilă, arogantă și disprețuitoare, lipsă de regret, de remușcare sau a sentimentelor de culpabilitate, disponibilitatea de continuă reiterare a actelor sale indezirabile, iritabilitate, impulsivitate, manifestări clastice și agresivitate, ignorarea expectațiilor negative și a consecințelor conduitei sale, incapacitatea de a învăța din experiențe negative, tendința de a blama și injuria pe alții, incapacitatea de a menține relații autentice și durabile	Instabilitate psihică, ignorarea problemelor personale curente și de perspectivă, siguranță de sine, aroganță, supraestimare și dispreț pentru muncă, aspect și ținută corectă, agreabilă, volubilitate în comunicare, antecedente personale în care distingem minciuna, înșelăciunea, evaziunea și numeroase acte ilegale sau în orice caz imorale	Alcoolismul și toxicomania, tulburarea de somatizare, tulburarea ciclotimică, suicidul
Borderline	Intensitatea și versatilitatea relațiilor interpersonale, binomul dispozițional în raporturile interpersonale, reacții impulsiv-agresive la incitații minime, intoleranța solitudinii, sentimentul de vid interior, sentimentul inconsistenței sau dispersiei identității	Reactivitatea și instabilitatea dispoziției, comportamentul imprevizibil, acreditarea afectivă exclusivă, acte autodistructive repetitive	Episoade psihotice (denumite uneori micropsihotice), simptome psihotice propriu-zise episoade depresive majore, tentative de suicid, alcoolism
Histrionică	Polarizarea atenției celorlalți, labilitate și versatilitate dispozițională, comportament seducător și provocator, catarsis afectiv facil, comunicare colorată, metaforică, conduită erotizată și realitate sexuală, dispozițională, sugestibilitate impresionabilitate, permeabilitate , dramatizarea conținutului comunicării	Personalizarea relațiilor, redusă disponibilitate sau incapacitate de menținere a relațiilor, abilitate pentru noutate, stimulare sau schimbare, autoipostaziere în roluri extreme sau insolite, intoleranță la ignorare sau periferizare, incapacitate de amânare, entuziasmare facilă și efemeră, comportament manipulativ, dependență de cel investit afectiv, amenințări cu suicidul sau	Tulburări de somatizare episoade depresive, dependențe medicamentoase, tentative suicidare, tulburări de dinamică sexuală

		tentative suicidare demonstrative, amnezia traumelor, frustrărilor, afectelor dramatice *(la belle indifference)*	
Narcisiacă	Autoevaluarea exagerată, nerealistă, fantezistă, idealizarea propriei persoane, invocarea explicită și implicită prin conduită a calităților și importanței sale, expectații disproporționate ca aceste însușiri exagerate să fie acceptate, recunoscute și apreciate ca atare de către ceilalți, conduită distantă, arogantă, emfatică, non-receptivitate și insensibilitate la opinii diferite, sfaturi sau îndemnuri, disponibilități empatice reduse, aviditate pentru titluri, demnități, situații, onoruri, ranguri	Fantasme de succes nelimitat, mărire, putere, bogăție, manipulator al relațiilor interpersonale, sensibilitatea la critică, insucces, frustrare sau pierdere, sentimente ostile sau malefice, pe care le proiectează asupra interlocutorilor	Tulburarea distimică, tulburarea depresivă majoră, toxicomania sau alcoolismul
Evitantă	Sociofobie cu evitarea activității ocupaționale care implică relații interpersonale, prudență excesivă și rigoare în orice relaționare, teama de a fi ridiculizat sau respins, teama de a nu fi criticat sau umilit în public, stare de aprehensiune sau de anxietate persistentă, pervazivă și limitativă, evitarea și teama de a iniția noi relații interpersonale, atașamente personale restrictive, subestimarea însușirilor și disponibilităților personale, dorința de a fi acceptat și simpatizat, nevoia de tandrețe, securizare și reasigurare, dificultate în deliberare, decizie și angajare	Hipersensibilitate și tendință la interpretativitate, tendința de a exagera eventualele riscuri, eșecuri, pericole, trăirea intensă, dureroasă a inacceptării, refuzului, respingerii și discriminării, nevoia de certitudine, stabilizare și securizare	Tulburări anxioase, depresii, fobii sociale
Dependentă	Autostimă redusă prin subestimarea calităților și disponibilităților proprii, nevoia de	Teama de a fi abandonat, toleranța excesivă față de persoana investită ca	Tulburare de adaptare, tulburare anxioasă, tulburare depresivă

	aprobare, de acceptare și de suport, sacrificii în vederea obținerii aprobării suportului și îngrijirii, acordă altuia girul propriilor sale responsabilități, dificultatea sau incapacitatea de a lua decizii în probleme curente, reducerea sau anularea inițiativelor, nevoia de atașament	protector, limitarea relațiilor sociale la cei de care sunt dependenți, evitarea responsabilităților, tendința de a interpreta orice contrariere sau dezaprobare ca expresia neîncrederii sau incapacității sale	
Obsesiv-compulsivă	Înaltă valorizare a reglementărilor, regulilor și ordinelor, performeri ai analizei și detaliului, perfecționism extrem, militanți ai lucrului bine făcut, voluntari ai sacrificiului pentru muncă și devotament, conștiinciozitate, scrupulozitate, inflexibilitate, intoleranță față de indiferență, compromis și corupție, militanți ai standardelor înalte autoimpuse, exigența față de ceilalți și tendința de a le impune propriile standarde, rigori sau stil de viață, incapabili să delege autoritatea, teama de schimbare a activității cotidiene, a locului de muncă, a locuinței, adepți fanatici ai stabilității, conservatorism	Înaltă valorizare a conduitelor raționale, comunicare concretă, necesară, reală, incapacitate de exprimare a sentimentelor tandre, reducerea diapazonului emoțional, relații interpersonale reduse, indecizie, dificultăți de deliberare	Schizofrenie, depresie majoră, dezvoltări delirante de tipul delirului de relație, dezvoltări hipocondriace
Pasiv-agresivă	Rezistența la solicitare sau îndemn, temporizare sau amânarea răspunsului la rugăminți, ordine sau solicitări, caracterul indirect, sugerat sau chiar disimulat al formulării cererilor și al exprimării dorințelor, dependența ostilă față de persoana semnificativă cu care se află în relație, refuzul schimbării, comportament lamentativ	Retroflexia ostilității, opoziție față de autoritate, anxietate, acceptarea pasivă și egoistă a planurilor și acțiunilor persoanei semnificative, resentimente și invidie, iritabilitate, cinism, impresia că sunt neînțeleși și insuficient apreciați, defect de relaționare, automanipularea în tendința de justificare a poziției lor de dependență, scepticism, ambivalență în deliberare, neîncredere în forțele proprii, slabă autostimă.	Suicidul, distimia

Interesul pentru tipurile tulburărilor de personalitate este legat de felul în care acești pacienți reacționează la situația de a fi bolnavi, de felul în care se comportă în spital. De asemenea, intervenția medicală va fi mai eficientă dacă ea va fi în acord cu tipul de personalitate, adică va fi un mesaj nuanțat și nu unul standardizat. Mecanismele de apărare vor diferi atât în calitate cât și în eficiență, în raport cu structura de personalitate a bolnavului în fața situației de boală.

Nivele de apărare a Eu-lui în situația de a fi bolnav

***Matur* - sănătos și adaptativ, cogniție și afectivitate integrate**
- Altruism – delegare, dar mulțumind pentru serviciile celorlalți
- Anticipare – planificarea realistă a evenimentelor din viitor
- Umor – exprimarea sentimentelor și eliberarea tensiunii
- Sublimarea – indirect, exprimarea parțială a nevoilor
- Supresia – neluarea în seamă a unui conflict în mod conștient

***Nevrotic* - nevoi instinctuale alterate pentru individ, care apar pentru un observator ca "amânări"**
- Deplasare – redirecționarea sentimentelor către un obiect mai puțin încărcat
- Disociere – alterarea sensului de identitate pentru a evita neplăcerile
- Intelectualizare – atenție acordată detaliului, evitarea afectului
- Formațiune reacțională – comportament opus rugăminții nedorite
- Reprimare – "uitarea" unor aspecte ale realității

***Imatur* – normal la copiii mari, ajută adulții pentru evitarea intimității, obișnuit în tulburările de personalitate și de dispoziție**
- Comportament extrovertit – exprimarea comportamentală a unui conflict inconștient
- Hipocondrie – transformarea sentimentelor în preocupări somatice
- Agresiune pasivă – complianță deschisă, ostilitate ascunsă
- Proiecție – atribuie sentimentele proprii altcuiva

***Narcisist* – normal la copiii mici, alterează realitatea pentru individ, apare bolnav mintal pentru un observator**
- Proiectare delirantă – ideea delirantă paranoidă că sentimentele interioare provin din exterior
- Distorsionare – reformularea grosieră a realității exterioare
- Negare psihotică – ignorarea fermă a unor aspecte evidente ale realității

După **G.E.Vaillant, 1971**

MODALITĂȚI DE ABORDARE A PACIENTULUI CU TULBURARE DE PERSONALITATE INTERNAT

Pacienții cu tulburări de personalitate sau comportamente regresive, deseori au crescute anxietatea, furia, indignarea, o nevoie de a pedepsi sau un comportament evi-

tant față de personalul secției. Medicul și psihologul clinician pot fi în situația de a reduce tensiunea prin educarea personalului cu privire la diagnosticul pacientului și asupra motivației pe care o are pentru reacțiile puternice afișate. Această abordare detensionează de obicei situația prin scăderea afectelor negative în rândul personalului spitalului, și ca urmare a acestei schimbări, reducerea problemelor afective ale pacientului.

Atunci când apare un conflict între personalul medical și pacient, este esențial să se aibă în vedere dacă acuzele pacientului sunt îndreptățite. Dacă există probleme reale, atunci acestea trebuie corectate.

Pentru unii pacienți cu tulburări de personalitate, în special indivizii obsesiv-compulsivi, lucrul cu echipa în tratamentul acestora pentru a întări apărarea intelectuală a pacientului poate ajuta foarte mult.

Oferirea pacienților cu tulburare de personalitate de tip obsesiv-compulsiv a cât mai mult control asupra tratamentului pe care îl urmează sau a deciziilor asupra activităților zilnice le poate scădea anxietatea și revendicativitatea.

Totuși, mai frecvent, pacienții cu tulburare de personalitate necesită limite, structură și un mediu limitat. Controlul extensiv ajută pacientul regresat sau care funcționează primitiv să păstreze controlul intern. Amenajarea unui mediu limitat pentru pacient nu este punitivă, ci îi asigură o structură de siguranță. Pacienții cu tulburare de personalitate borderline, histrionică, antisocială, dependentă sau narcisistă sunt cei mai dispuși la a avea o astfel de structură.

MANAGEMENTUL MEDICAL AL PACIENȚILOR CU TULBURĂRI DE PERSONALITATE

Tipul de personalitate	Semnificația bolii	Răspuns	Intervenție
Dependentă	Așteaptă îngrijire și interes nelimitate	Revendicativ sau retras în sine	Satisfaceți nevoile cu condiții limită
Obsesiv-compulsivă	Amenințarea controlului	Obstinant, necooperant	Informații; oferiți control
Histrionică	Defect, pedeapsă	Seductiv	Reasigurați; evitați interacțiunea
Paranoidă	Confirmă suspiciunile, așteaptă atacul	Blamează pe ceilalți, ostilitate	Planuri clare, păstrați distanța
Narcisiacă	Amenință măreția subiectului	Infatuare, fanfaronadă	Încredere, profesionalism
Schizoidă	Anxietate cu contact forțat	Izolat, necooperant	Aceptați distanța
Antisocială	O ocazie potențială de profit	Caută un avantaj	Stabiliți limite
Borderline	Mai multă anxietate	Dezorganizare crescută	Stabiliți limite

Schizotipală	Altcineva a provocat boala	Crește suspiciozitatea	Invocați mijloace și forțe neconvenționale
Evitantă	O povară în plus	Cerere disperată de ajutor	Suportivitate
Masochistă	Dragoste și îngrijire-suferință	Multiple acuze, respingere	Recunoașteți-i dificultățile
Pasiv-agresivă	O altă frustrare	Cere, blamează	Controlați-vă contratransferul

Îngrijirea cu succes a unui pacient cu tulburare de personalitate considerat dificil (agitat, revendicativ și noncompliant), internat într-o secție de spital, se bazează pe urmărirea și îmbunătățirea următorilor factori:

- **Comunicarea**. Pacientul are nevoie să i se descrie simplu și adevărat starea medicală pe care o are și tratamentul pe care trebuie să îl urmeze. Pacientul poate încerca să despartă personalul, manipulând un membru al acestuia împotriva altuia, prin relatarea unor variante diferite ale aceleiași povești unor persoane diferite. La raportul de predare-primire a turelor va fi obligatorie și compararea versiunilor relatărilor acestor pacienți
- **Personal constant**. Pacientul poate intra repede în panică dacă nu poate identifica membrii personalului care au fost repartizați pentru a lucra cu el. Ideal, o singură persoană trebuie să comunice toate deciziile. Deoarece acest lucru nu este posibil în realitate, țineți cont că pacientul poate fi speriat de fiecare schimbare de tură, sau atunci când personalul a fost repartizat altui pacient. De aceea, la începutul fiecărei ture, un membru din personal repartizat pacientului trebuie să revizuiască planul de îngrijire, să se prezinte, să se intereseze asupra modului în care se desfășoară lucrurile și să spună pacientului cât timp va fi de serviciu.
- **Justificarea**. Pacientul are sentimentul că cineva trebuie să aibă grijă de el permanent. Deși este dificil pentru personal să tolereze acest lucru, este important de reținut că acest sentiment este modul prin care pacientul încearcă să facă față stării prin care trece atunci când este speriat. Acest comportament stârnește un putrnic contratransfer care trebuie cunoscut și evitat de către medic. Asigurați în mod repetat pacientul că înțelegeți ce cere dar, deoarece credeți că are nevoie de cea mai bună îngrijire posibilă, veți continua să urmați tratamentul recomandat de experiența și judecata echipei care îl îngrijește.
- **Limite ferme**. Pacientul are o mulțime de cereri, uneori în conflict unele cu altele și se înfurie foarte repede atunci când aceste cereri nu sunt îndeplinite. Acest lucru poate face personalul să se simtă atras în cursă și fără ajutor, ca și cum ar fi de vină că pacientul nu poate face nimic fără ajutor. Pacientul poate amenința că își va face rău singur sau că va părăsi spitalul dacă lucrurile nu se desfășoară în modul așteptat de el. Nu încercați să vă contraziceți cu pacientul, dar încet și ferm, în mod repetat, stabiliți limitele pentru problema de comportament, cererea făcută și nemulțumirea exprimată. Dacă pacientul amenință că își va face rău sau va face rău altora, asigurați-l că va fi imobilizat dacă va încerca să facă acest lucru.

PERSONALITATEA MEDICULUI ŞI DIAGNOSTICUL

Raportul dintre personalitatea medicului şi diagnostic a fost un aspect atins atât de **Fiessinger**, **Minkovski** şi **Heglin**, cât şi de **A.Moga**, **I.Hatieganu**, **A.Râmniceanu**, **C. Podeanu-Popescu**, **C.C.Dimitriu** care au arătat că anumite trăsături de personalitate, pe lângă alte neajunsuri, pot contorsiona diagnosticul şi pot duce la erori de diagnostic.

Personalitatea examinatorului, arie largă cu implicaţii nebănuite în ratarea diagnosticului - poate începe cu vanitatea şi orgoliul, amorul propriu, teama de a nu greşi şi de a nu răspunde aşteptărilor, lipsa simţului autocritic, nerecunoşterea ajutorului pe care îl poţi primi de la un confrate (prin neştiinţa că este necesar, prin lipsa de dorinţă, prin nerecunoşterea poziţiei de învins) - poate continua cu: tendinţa de a contrazice permanent, imposibillitatea acceptării că şi alţii pot ajunge la un diagnostic corect, optimismul necontrolat şi excesiv, cât şi pesimismul exagerat şi nemotivat, opinii foarte particulare asupra unor doze de medicament, asupra colegilor, cât şi asupra propriei persoane, indecizia (absenţa puterii de a confirma sau infirma) - şi poate ajunge până la a nu recunoaste o entitate spre a nu-şi aduce un blam personal.

Medicii cu trăsături empatice insuficient dezvoltate, cu o cenzură scăzută, cei cu o susceptibilitate crescută, mai ales privind aprecierea pe care le-o acordă bolnavii, se vor antrena în relaţii conflictuale **(I.B. Iamandescu, 1995)**.

Este dificil ca în cazul unor trăsături de personalitate mai accentuate ale medicului, să poti şti exact unde începe şi unde se termină dizarmonia celui pe care îl examinează. Acelaşi lucru este valabil în cazul unor comportamente adictive (de exemplu fumatul) sau în cazul unei toxicomanii. Este o situaţie similară cu cazul oftalmologului miop care nu ar purta ochelari de corecţie şi căruia nu i se poate cere şi nici nu va putea să pună diagnosticul de miopie altuia, deoarece el însuşi nu vede optotipul.

Dacă în ciuda tuturor acestor aspecte, nu imposibil de întâlnit, se dă dovadă de suplete în gândire, şi dacă se acceptă că eroarea de diagnostic în practica curentă nu este rară şi nici atât de gravă, dacă nu am uita că: *"Errare humanum est, perseverare diabolicum"*, aforism care parcă nicăieri nu îşi găseşte un loc mai bun, s-ar putea transforma înfrângerile de azi, în victoriile de mâine.

Eroarea nu este rară, indiferent de experienţa sau de nivelul de pregătire; a o accepta, a o recunoaşte este un gest suprem, de superioritate şi maturitate, recunoşterea erorii este supremul *"fair play"* al medicului dovada unei personalităţi echilibrate. A învăţa şi din erori este un succes, erorile pot deveni o sursă suplimentară de instrucţie dacă sunt retuşate (şi nu periclitează vitalul) cu timpul şi experienţa, chiar unele erori ce par la un moment dat sistematice, pot deveni din ce în ce mai rare, şi chiar dispar.

Personalitatea medicului este implicată într-un mod particular în ceea ce **M. Balint** numea "funcţia apostolică a medicului", adică rezolvarea acelor probleme care au implicaţii psihologice majore, situaţie în care valorile de referinţă ale practicianului şi "bunul simţ propriu" **(Ph. Jeammet)** vor juca rolul decisiv.

CAPITOLUL 7

ELEMENTE DE PSIHOPATOLOGIE

Orice clasificare este superioară haosului.

Claude Lévi-Strauss

Credem că orice carte de psihologie medicală nu poate eluda problema prezentării sumare a elementelor de semiologie psihiatrică. Aceasta pentru că nu se poate vorbi de tulburări fără să se dea un conţinut psihopatologic acestora. Cu atât mai mult cu cât pentru medici, psihiatria a fost considerată doar o dexteritate, iar pentru psiholog psihopatologia rămâne un ţărm prea îndepărtat considerat adesea al altora. În plus, necesitatea acestei prezentări este legată de circumstanţele diverse în care simptomele se regăsesc, circumstanţe care nu sunt de cele mai multe ori ale bolii psihice. Doar din motive pragmatice vom prezenta aceste elemente semiologice într-o manieră sistematică şi operaţională care nu va face apel la formalizări teoretice sau la tentante prezentări fenomenologice.

TULBURĂRILE DE CONŞTIINŢĂ

Jaspers definea conştiinţa ca fiind viaţa psihică la un moment dat. Trebuie adăugat că modelarea experienţelor trăite "acum şi aici" **(H. Ey)** se face în raport cu întreaga experienţă existenţială anterioară a subiectului. Conştiinţa este un domeniu fundamental de definiţie al psihismului deoarece îi dă specificitate umană deosebindu-l decisiv şi calitativ de orice altă manifestare cerebrală prin faptul că raportează experienţele individului la trecut şi viitor, la sisteme axiologice şi la identitatea unică a subiectului, percepută ca atare.

În acest demers nu ne vom referi la polisemantica multidisciplinară a termenului de conştiinţă, circumscriindu-ne doar la accepţiunea psihiatrică a termenului şi la fenomenele psihopatologice care afectează modalităţile de existenţă ale conştiinţei:

- câmpul conştiinţei, integrator al prezenţei în lume a subiectului, care permite acestuia să se raporteze la semeni şi să-i înţeleagă lucid, să se adapteze la schimbare;
- conştiinţa de sine ca sentiment al propriei identităţi;

- nu ne vom ocupa aici de tulburările conștiinței morale văzută ca posibilitate de înțelegere și judecată conform cu norme deontologice și axiologice, cu răsunet în comportamentul și relaționarea subiectului.

TULBURĂRILE CÂMPULUI DE CONȘTIINȚĂ

Vom menționa aici, pentru a putea preciza intensitatea tulburărilor, următorii parametri care se analizează ori de câte ori se urmărește evidențierea unor tulburări de conștiință **(Jaspers):**

- dezinteresul față de lumea exterioară (bolnavul înțelege cu dificultate ce se întâmplă în jurul lui, atenția este labilă, acționează fără să țină seama de situația reală);
- dezorientarea (legată de simptomul de mai sus);
- incoerența (și prin urmare ininteligibilitatea conduitei);
- dificultăți de gândire (reflecție) și amnezie
- consecutivă stării (tulburări ale puterii de fixare și conservare).

Nivelul aceastei intensități va fi corelat cu apariția unor tulburări senzoriale sau cu absența acestora.

Tulburările clarității și capacității de integrare a câmpului de conștiință

corespund în mare parte tulburărilor de ***vigilitate*** din descrierile clasice sau tulburărilor de ***conștiență* (Arseni, 1983).**

Starea de vigilitate a creierului își găsește baza neurofiziologică în sistemul reticulat activator ascendent (SRAA). Aceste tulburări nu se însoțesc de productivitate, asociindu-se o dată cu creșterea intensităților, cu tulburări vegetative:

Obtuzia constă în bradipsihie cu hipoprosexie în special spontană, scăderea supleței proceselor de gândire, parafazii, lentoare în înțelegerea întrebărilor și formularea răspunsurilor.

Hebetudinea – desprindere de realitate, pe care nu o mai poate cuprinde ca ansamblu, perplexitate și indiferență.

Torpoarea se manifestă prin bradikinezie, hipobulie, scăderea participării afective, ușoară dezorientare cu stări de somnolență.

Obnubilarea reprezintă o denivelare mai importantă a vigilității, cu hipoprosexie severă și dificultăți mnezice mixte, creșterea pragurilor senzoriale și dificultăți în înțelegere și sintezâ, care se desfășoară cu o greutate sporită. La stimuli intenși sau la repetarea întrebărilor, răspunsurile pot crește în precizie și claritate.

Stuporul este o tulburare severă a vigilității, însoțită de inhibiție psiho-motorie (mutism, akinezie, negativism alimentar). Bolnavul nu reacționează decât la excitații foarte puternice, nu răspunde la întrebări și nu pare a înțelege contextul în care se află. Mimica bolnavului este inexpresivă sau exprimă un grad de anxietate, atitudinea este inertă, dar opune rezistență la mișcările provocate.

Soporul – stare de somnolență patologică în care contactul cu ambianța se face foarte dificil, fiind întretăiat de perioade de somn.

Suspendarea completă a conștiinței ce apare în criza epileptică, lipotimie, sincopă și comă. Se caracterizează printr-o suspendare a funcțiilor relaționale (apsihism) cu păstrarea funcțiilor vegetative, care însă, spre deosebire de somn, sunt alterate în diferite grade.

Tulburări ale structurii câmpului de conştiinţă

Îngustarea câmpului de conştiinţă – descrisă de **P. Janet (1899)** – se caracterizează prin focalizarea conştiinţei asupra unei idei, amintiri, acţiuni etc., de care subiectul nu se poate desprinde. Conştiinţa este incapabilă să cuprindă întreaga experienţă prezentă, în afară de cea psihotraumatizantă.

Se poate considera ca fiind o demodulare afectiv-ideativă, o neadecvare prin alterarea criteriului valoric, care duce la deformarea relaţiei cu realitatea.

Starea crepusculară constă într-o modificare de aspect critic, cu debut şi sfârşit brusc, a clarităţii câmpului conştiinţei în diferite grade, asociată cu îngustarea lui, ceea ce permite menţinerea unei activităţi automate cu acte motorii coordonate, dar neobişnuite şi fără legătură cu ocupaţiile anterioare faţă de care subiectul va prezenta amnezie totală, lacunară sau parţială în funcţie de profunzimea modificării vigilităţii. Subiectul trăieşte o stare de derealizare, pe fondul căreia pot apărea fenomene delirant-halucinatorii, precum şi modificări importante ale stării afective (exaltare, angoasă, disforie) care pot modifica considerabil comportamentul bolnavului (agitaţie, fugi, acte agresive cu potenţial criminogen).

Circumstanţele etiologice majore sunt reprezentate de epilepsia temporală, beţia patologică, reacţii psihogene.

Sub denumirea de **tulburare disociativă isterică**, ICD 10 descrie o pierdere parţială sau completă a unei integrări normale între amintirile trecutului, conştientizarea identităţii şi a senzaţiilor imediate şi controlul mişcărilor corporale. Gradul în care controlul conştient asupra amintirilor, senzaţiilor şi mişcărilor ce vor fi executate, este afectat, este variabil de la oră la oră sau de la zi la zi.

Starea crepusculară isterică – aspect particular în care subiectul trăieşte o experienţă semiconştientă de depersonalizare şi stranietate, centrată în general pe ideea fixă **(P. Janet)** (eveniment psihotraumatizant pe care subiectul nu şi-l aminteşte obişnuit în stare de veghe, pe care memoria îl reprimă).

O formă aparte a acestei stări este întâlnită în **sindromul Ganser** şi pseudodemenţa isterică, reacţii psihotice isterice, în care, pe fondul modificării conştiinţei de tip crepuscular pacientul prezintă o nerecunoaştere sistematică a realităţii prin răspunsuri alături, acte alături (răspunsuri mai puţin absurde decât greşite, demonstrând înţelegerea întrebărilor).

Personalitatea multiplă, în care pacientul îşi asumă un număr de false personalităţi, diferite, a fost descrisă de **M. Prince (1905)**.

Confuzia mintală (stările confuzionale): descrisă iniţial de **Chaslin (1895)** ca o afecţiune în mod obişnuit acută, reprezentând o formă de slăbire şi disociaţie intelectuală care poate fi însoţită sau nu de delir, agitaţie sau inerţie; confuzia mintală este expresia comună a unei suferinţe cerebrale acute, ce determină un grup de tulburări acute şi globale al psihismului, în care locul central este ocupat de modificările în planul conştiinţei având caracter tranzitoriu.

Debutul confuziei mintale este uneori brutal, cel mai adesea în câteva ore, uneori câteva zile. Faptul principal, uneori dificil de pus în evidenţă fără ajutorul anturajului, este aspectul de ruptură, de hiatus cu comportamentul anterior al bolnavului.

Simptomul esențial din care decurg celelalte este scăderea proceselor normale de sinteză și diferențiere ale conținuturilor conștiinței. În această tulburare globală activitatea perceptivă este cea mai deficitară. Denivelarea conștiinței în diferite grade (torpoare, obnubilare, obtuzie - cel mai frecvent) se manifestă prin tulburări ale atenției, care nu poate fi fixată, orientată și menținută.

Funcțiile intelectuale și cognitive sunt interesate global și, așa cum arăta **Jaspers**, tulburarea fundamentală constă în diminuarea proceselor de sinteză și organizare. Aceasta duce implicit la o tulburare a orientării temporale, spațiale, allopsihice, bolnavul păstrându-și chiar în cele mai avansate stări de confuzie, reminiscențe ale identității.

S. Heller, citat de **Predescu** și **Nica**, consideră că atunci când pacientul nu-și cunoștea numele, este mai curând cazul unei stări disociativ-isterice. **Jaspers** aprecia această păstrare a conștiinței de sine ca fiind un element de diferențiere față de psihozele paranoide. Modificarea coordonatelor trăirilor alături de tulburarea atenției constituie faptul semiologic cel mai aparent. Datele perceptive vizuale, auditive sunt rudimentar analizate ajungând până la greșeli și erori de identificare, mai rar la iluzii. Aceste tulburări sunt în general expresia creșterii pragurilor senzoriale. Memoria este global tulburată cu predominența celei de fixare, datele prezentului nu se constituie decât în amintiri fragmentare, iar evenimentele trecute biografice sau culturale sunt cu mare greutate evocate. Post episodic există o lacună importantă și de lungă durată în memoria bolnavului. Perplexitatea (nedumerirea anxioasă) este expresia pasivității, chiar a stuporii vieții mintale; scurtele intervale de luciditate provoacă o creștere a anxietății care poate fi cauza unor stări de agitație. Mimica pacientului este rătăcită, perplexă, privirea este pierdută, îndepărtată, absentă. Limbajul este ezitant, redus la fragmente de fraze uneori incoerente. Pacientul își caută cuvintele, parafaziile sunt rare, dar posibile, cuvintele sunt învălmășite, rău articulate, adesea murmurate. Definirea unor cuvinte poate fi imposibilă, uneori aberantă. Gesturile sunt stângace, ezitante, lipsite de îndemânare. Grafismul este totdeauna perturbat, reproducerea unui desen geometric chiar simplu este deficientă. Activitatea și comportamentul pot îmbrăca două aspecte: lipsa inițiativei, lentoare, stângăcie, chiar stupoare, sau agitație dezordonată. Oscilațiile între acești doi poli se pot produce brusc, atrăgând posibilitatea unor grave accidente.

Confuzia mintală traduce o tulburare globală a funcționării cerebrale (care după tot mai mulți autori justifică termenul de encefalopatie).

Ea apare în circumstanțe etiologice diferite, pe care le vom sistematiza astfel:

- afecțiuni intracraniene: traumatisme cranio-cerebrale, hematom subdural, epilepsie, postterapie electroconvulsivantă, encefalopatii carențiale (în special **Gayet-Wernicke**), afecțiuni meningeale (hemoragii meningee, meningite febrile), afecțiuni cerebrale (encefalite, tumori cerebrale în special fronto-caloase și temporale drepte), accidente vasculare cerebrale în teritoriul arterei cerebrale anterioare și posterioare;
- afecțiuni generale:
- stări febrile (septicemii, febră tifoidă, pneumonie, erizipel, gripă, malarie);
- alcoolismul (beția acută, episoadele subacute, delirium tremens);
- toxicomanii (barbiturice, amfetamine, heroină, clordiazepoxid);
- intoxicații medicamentoase (corticoizi, tuberculostatice, hipoglicemiante, antiparkinsoniene, litiu, bismut, barbiturice, tranchilizante etc.);

- intoxicații profesionale (arsenic, mercur, plumb, oxid de carbon, insecticide organofosforice);
- intoxicații alimentare (ciuperci);
- encefalopatii metabolice (diabet, insuficiență hepatică, insuficiență respiratorie, insuficiență renală, hipoglicemie spontană, porfirie acută intermitentă);
- afecțiuni endocrine (tireotoxicoza, mixedem, crize adisoniene, hiperparatiroidia);
- stări de șoc (postoperatorii, traumatice, cardio-vasculare);
- boli sanguine (leucemii, anemii);
- alte cauze (electrocutare, insolație, privarea de somn, avitaminoze);
- în cursul evoluției bolilor psihice (psihoze post partum, schizofrenie, manie, depresie, demență).

Desigur că, legat de această bogată paletă etiologică, examenul somatic și de laborator vor îmbrăca aspecte extrem de variate, care traduc starea de suferință organică, fără a avea o semnificație generală în ceea ce privește sindromul de confuzie mintală.

Onirismul traduce o stare de vis patologic, un vis trăit și în acțiune, care invadează realitatea bolnavului și față de care își modifică comportamentul.

Bolnavul are halucinații vizuale, realizând viziuni haotice și discontinue și uneori, de asemenea, halucinații auditive, cenestezice și tactile. Aceste fenomene psihosenzoriale pot avea drept punct de plecare cele mai mici stimulări din mediul ambiant.

Halucinațiile sunt cel mai adesea neplăcute, terifiante, conținutul lor este constituit mai frecvent din scene de groază decât din clasicele teme profesionale **(J.L. Signoret)**.

Faptul cel mai caracteristic este adeziunea bolnavului la aceste modificări perceptuale de care încearcă să scape prin agitație (până la fugă), trăindu-le ca o agresiune extremă.

În starea confuzională, onirismul și tulburările clarității câmpului conștiinței se întrepătrund în grade variabile, ceea ce i-a făcut pe unii autori (mai ales pe cei englezi) să vorbească de:

- *confuzia mintală simplă* - ale cărei trăsături ar fi: pasivitatea, perplexitatea, încetinirea procesului psihic mai apropiată de starea de obtuzie;
- *stările confuzo-onirice (delirium)* realizate de o agitație acută asociată de regulă cu fenomene productive psihotice.

Considerăm că acestea nu sunt decât expresii ale aceluiași substrat anatomo-fiziologic, cele două stări putând astfel trece rapid una în alta.

Oneiroidia, descrisă de **Mayer-Gross**, este un amestec de real-vis, la care bolnavul nu participă ci asistă; înlănțuirea halucinațiilor ca și interpretarea realității prin idei de vis *au o anumită coerență* și în genere mai multă sistematizare decât onirismul; nu este urmată de amnezie completă, dar nu exclude posibilitatea unor dismnezii.

Amenția (starea amentivă), termen introdus și folosit inițial de școala germană ca echivalent al confuziei mintale simple, desemnează actualmente, în accepțiunea școlii românești **(Predescu și colab.)** - o stare confuzională de intensitate psihopatologică maximă, în care domină incoerența. Bolnavul este dezorientat, agitat (agitație care nu depășește obișnuit limitele impuse de clinostatism), vorbirea este incoerentă, cu caracter paroxistic.

Delirul acut: este un sindrom confuzional de o mare gravitate, poate îmbrăca mai multe forme:

- *delirul oniric* - cu halucinații vizuale și auditive, cu scene terifiante evoluând în bufee, pe fondul unei anxietăți marcate;
- *confuzia* - variabilă de la un moment la altul, conștiința se poate clarifica pentru scurte momente;
- *stările de agitație* - intense și dezordonate, însoțite de agresivitate, excitație psihică, reacții grave: tentative de suicid sau homicid, pe fondul unei insomnii complete;
- *sitiofobia* - intensă și totală, durând mai multe zile, agravează deshidratarea și epuizarea organismului:
- semne neurologice variabile – exagerarea reflexeleor tendinoase, hipertonie musculară, tremor;
- semne generale – deshidratare masivă, ochii înfundați în orbite, cearcăne, limbă uscată cu funginozități, tulburări sfincteriene, tulburări vegetative grave; febra este întotdeuna prezentă, fără să existe însă un paralelism între nivelul ei și intensitatea simptomatologiei; hiperazotemia este un semn constant și precoce.

PERCEPȚIA ȘI TULBURĂRILE EI

Activitatea senzorial-perceptivă este procesul cognitiv prin care se produce reflectarea directă și unitară a ansamblului dimensiunilor și însușirilor obiectuale; ea oferă informația elementară asupra realității externe, cât și asupra propriului organism.

Deși fenomene psihice primare, elementare, senzațiile și percepțiile nu se desfășoară izolat, ci antrenează o serie întreagă de procese afectiv-cognitive, caracterizându-se prin specificitate individuală și valorizare socială.

Senzația - furnizează informații despre realitatea externă sau a propriului organism, transformând excitația de la nivelul receptorilor în imagine subiectivă la nivelul analizatorilor corticali. Senzația nu este deci identică stimulului reflectat, ci ea este de natură ideală, conștientizată. Ea nu reflectă decât însușiri relativ izolate, fără a putea da date despre obiect ca tot unitar.

Percepția constituie un nivel superior pe plan calitativ, în ceea ce privește integrarea informației, fiind o rezultantă a corelării dinamice a operațiilor de analiză și sinteză a datelor senzoriale. Act complex, plurimodal, realizarea imaginii perceptive, trebuie să fie concepută nu numai ca un ansamblu de însușiri, ci și de raporturi spațio-temporale. Denumind prin cuvânt conținutul abstract al imaginii perceptive, subiectul generalizează și totodată integrează în istoria sa existențială obiectul sau fenomenul perceput, suprasemnificându-l personal.

Percepția este simțită și constatată ca un fapt unic și omogen, provenind din lumea exterioară, recunoscut de eul nostru (Guiraud).

Reprezentarea este o construcție mintală care implică participarea memoriei dar și a unor elemente de gândire și imaginație. Ea păstrează elementele percepției dar este independentă de contextul obiectiv.

Jaspers a evidențiat principalele caracteristici și elementele de diferențiere dintre cele două procese:

Percepția	**Reprezentare**
caracter de corporalitate (obiectivitate)	caracter de imagine (subiectivitate)
apare în spațiul exterior, obiectiv, iar reprezentarea în spațiul intern, subiectiv.	apare în spațiul intern, subiectiv.
este completă, detailată este un desen terminat	este un desen neterminat. este incompletă, cu detalii izolate.
Senzațiile au caracter de prospețime senzorială.	Numai unele elemente sunt adecvate obiectelor percepției – le reprezentăm în general în gri-uri.
Sunt constante, pot păstra cu ușurință aceeași formă.	Se împrăștie, curg, trebuie tot timpul să fie recreate.
Sunt independente de voință și nu pot fi create prin voință, le acceptăm cu sentimentul de pasivitate.	Depind de voință, pot fi create și transformate de voință, le producem cu sentimentul de activitate.

Așa cum am arătat, percepția nu este un fenomen analizabil decât în interacțiunea ei complexă cu celelalte funcții psihice – gândire, memorie, afectivitate, ea fiind de fapt percepția realității, trăirea acesteia de către subiect.

Aspectele patologiei perceptive nu pot fi separate, apărând în majoritatea cazurilor în complexe simptomatologice în care, de exemplu, simpla lor considerare ca fenomene cauzale sau rezultante a dat naștere unor clasificări și interpretări teoretice diferite și viu discutate. Cu toate aceste dificultăți de sistematizare, frecvența mare în psihopatologie, importanța lor patologică au condus la descrieri semiologice nuanțate, care permit cunoașterea și circumscrierea lor clinico-nozografică. Din aceste motive vom urmări în lucrarea de față., clasificarea clasică.

Hiperestezia este reprezentată de o coborâre a pragului senzorial, resimțită de subiect ca o creștere neplăcută a intensității senzațiilor privind un singur analizator sau ansamblul lor – *hiperestezie generală*. Se întâlnește în surmenaj, neurastenii, debutul unor afecțiuni psihotice, debutul bolilor infecțioase, hipertiroidie, intoxicații.

Hipoestezia reprezintă creșterea pragului senzorial, însoțită de diminuarea intensității senzațiilor, cu scăderea numărului de excitanți receptați. Se întâlnește în stări reactive, depresie, accese paroxistice isterice, oligofrenii, tulburări de conștiință mai ales cele cantitative, schizofrenie.

Sinestezia constă în perceperea simultană pe o cale senzorială diferită a unui stimul receptat la nivelul unui analizator (ex. Audiție colorată). Apare în intoxicații cu mescalină, psilocibină, LSD, cocaină.

Agnoziile reprezintă deficite psiho-senzoriale, care determină incapacitatea subiectului de a recunoaște obiectele după calitățile lor senzoriale, analizatorii (receptori periferici și cale) fiind intacți.

Iluzia este o percepție cu stimul real și specific, denaturată și/sau deformată. Această deformare privește mai mult calitățile senzoriale decât identificarea sau sensul elementelor percepute. Percepția este completată imaginativ; cu cât denaturarea este mai globală, semnificația patologică crește. Iluziile apar frecvent la subiecții normali, care recunosc și corectează sensul deformării perceptive. Spre deosebire de acestea, în iluziile patologice, subiectul nu încearcă să corecteze percepția deformată, considerând o imagine veridică a realității.

Pornind de la aceste considerente, iluziile au fost clasificate în: **iluzii fiziologice și iluzii patologice.**

Iluzii fiziologice – se produc prin modificarea condițiilor perceptive (obiective), a mediului perceptiv sau a condițiilor interne (subiective).

- Iluzii prin modificarea condițiilor perceptive – stimulare sub sau supraliminară, depășirea capacității de discriminare a unui analizator, iluzii optico-geometrice datorate reflexiei optice, refracției, modificării axelor de referință.
- **Iluzii prin modificarea mediului perceptual-stimulare monotonă, prelungită, deprivare senzorială.**
- **Iluzii prin modificarea condițiilor interne** (subiective):
  - prin tulburări de atenție (false identificări);
  - **din stări afective (frică, anxietate, euforie);**
  - **modificări fiziologice ale stării de conștiență - iluzii hipnapompice și hipnogogice;**
  - **stări de oboseală, suprasolicitare și surmenaj.**

În categoria iluziilor patologice se înscriu

Falsele recunoașteri – fenomenele de tipul deja văzut, cunoscut, trăit.

Falsele nerecunoașteri – fenomenele de tip niciodată văzut, cunoscut, trăit, la care se adaugă iluzia sosiilor. În aceste iluzii rolul principal în mecanismul lor de producere revine tulburărilor mnezice.

Pareidoliile – sunt iluzii caracterizate prin deosebita intensitate și vivacitate a fenomenului iluzoriu ("entitate materială", **Jaspers**) în care complementul imaginativ al percepției atinge gradul maxim de bogăție. Critica variabilă și participarea afectivă intensă le conferă un caracter de tranziție către fenomenele halucinatorii (**H. Ey**).

Alte iluzii – pot fi considerate ca patologice, dacă subiectul nu are tendința de corectare a deformării percepției. În ordinea frecvenței lor după modalitățile senzoriale, se întâlnesc iluzii vizuale (obiectele par mai mari- macropsii, mai mici – micropsii, alungite sau lărgite – dismegalopsii, deformate – metamorfopsii, distanța dintre obiecte este modificată- poropsii, obiectele sunt mai îndepărtate- teleopsii), auditive (sunetele sunt fie mai intense, fie mai slabe, mai nete sau mai șterse, mai distincte, mai vagi, mai apropiate sau mai îndepărtate decât în realitate), iluzii olfactive (parosmii) și gustative etc.

Iluziile patologice se întâlnesc în tulburări funcționale sau leziuni ale analizatorilor, în sindroame febrile și stări confuzionale cu etiologie variată. De asemenea se întâlnesc în stările onirice (intricate și cu alte tulburări perceptuale), în nevrozele obsesivo-fobice și isterice, debutul psihozelor schizofrenice, stările depresive.

Halucinațiile sunt definite clasic drept "percepții fără obiect", **(Ball).** Această definiție a fost completată de către **H. Ey** prin mențiunea "fără obiect de perceput", la care o adăugăm pe cea a lui **A. Porot** – "experiențe psihologice interne care determină

subiectul să se comporte ca și cum ar avea o senzație sau o percepție, atunci când condițiile exterioare normale ale acestor senzații sau percepții nu se realizează", ne conduc către reliefarea unor trăsături fundamentale ale halucinațiilor.

Simptomele psihiatrice nu se lasă analizate separat pentru că fiecare nu își atinge valoarea semiologică și psihopatologică decât în raport cu celelalte; în acest sens, se poate spune că bolnavul halucinant nu are tulburări de percepție, ci că "întregul sistem al realității" (H. Ey) suferă o destructurare, o dezintegrare.

Înainte de abordarea propriu-zisă a diverselor aspecte semiologice legate de activitatea halucinatorie, vom descrie o serie de fenomene asemănătoare acestora prin conținutul sau mecanismele de producere, dar care nu respectă condițiile definiției (percepție fără obiect); cu toate acestea numeroși autori clasici moderni le încadrează ca atare.

Senzațiile parazite- sunt senzații în care un excitant anormal acționând pe un receptor periferic, provoacă apariția unei senzații elementare, care nu corespunde acțiunii excitantului fiziologic. Astfel, un curent electric, compresiunea sau inflamația pot provoca senzații luminoase, zgomote, mirosuri diverse. Cel mai adesea îi permit subiectului să realizeze legătura dintre cele două fenomene (ex. Scânteile dintr-o migrenă oftalmică).

Halucinațiile funcționale – sunt definite ca percepții false apărute în paralel și simultan cu o percepție reală.

Halucinațiile eidetice – sunt reprezentări în exterior ale imaginilor unor obiecte sau ființe percepute recent, în împrejurări legate de stări afective intense. Eidetismul este capacitatea unor subiecți de a putea revedea și descrie o imagine percepută într-un interval scurt de timp. Se menționează caracterul fiziologic al acestor imagini halucinatorii la copil. La adult apar mai frecvent în stări reactive.

Halucinațiile *fiziologice* - apar în condiții care modifică starea de vigilitate – trecerea dintre veghe și somn (hipnagogice) sau somn-veghe (hipnapompice), inducția hipnotică, individuală și de masă. Aceste trăiri halucinatorii sunt de scurtă durată fiind corectate cu ușurință de subiecți.

Variabilitatea unora din parametrii perceptuali la care se adaugă și alte caracteristici precum răsunetul afectiv sau cognitiv, permite o primă clasificare descriptivă a halucinațiilor.

Caracteristici	Halucinații psiho-senzoriale	Halucinoze	Halucinații psihice
Senzorialitatea experienței	mare	medie	nulă
Proiecția spațială	În spațiul senzorial	În spațiul senzorial	În afara spațiului senzorial
Convingerea în realitatea lor	absentă	absentă	absolută, dar cu caracter xenopatic
Rezonanța afectivă	Anxiogenă	Neliniște legată de patogenia tulburărilor	Impunerea unor sentimente

Halucinaţiile psiho-senzoriale sunt cele care corespund întru-totul definiţiei halucinaţiei (au caracter de senzorialitate, se proiectează în spaţiul perceptiv, subiectul crede în realitatea lor). Din aceste motive, ele au fost numite şi ***halucinaţii adevărate***, cu toate că alăturarea celor doi termeni este un paradox lingvistic.

După frecvenţa apariţiei, le vom clasifica astfel:

Halucinaţii auditive:

- ***elementare***: acoasme, foneme-sunt percepute ca zgomote nedistincte (foşnete, ţiuituri, pocnete)

- ***comune:*** sunete cărora subiectul le atribuie o sursă sau o modalitate de producere bine definită (ex. dangăt de clopot, curgerea unei ape, sunete muzicale, zgomotul unui motor, etc.)

- ***complexe*** (halucinaţii acustico-verbale): pot fi fragmentare, când bolnavul percepe silabe, cuvinte fără semnificaţie, fragmente sintactice sau pot avea un conţinut precis, distinct, inteligibil. Când subiectul nu poate înţelege vocile pe care le aude, tulburarea poartă numele de *verbigeraţie halucinatorie*. **Wyrsch** a subliniat în lucrările sale că există o diferenţă, considerată ca patognomonică, în, în modul în care vocile discută cu sau despre subiect. Vorbirea la persoana a II-a fiind specifică schizofreniei, iar cea la persoana a III-a-halucinozei alcoolice **Wernicke.**

Halucinaţiile auditive elementare şi comune apar îndeosebi în patologia otică, boli neurologice, stări confuzionale, aură epileptică şi în unele psihoze.

Halucinaţiile acustico-verbale se întâlnesc în psihozele schizofrenice, sindroamele paranoide, stările depresive, parafrenie, psihozele alcoolice cronice.

Halucinaţiile vizuale:

- ***elementare***: fosfene, fotopsii, percepute ca puncte luminoase, scântei, linii.

- ***complexe***: care pot fi fantasmoscopii, atunci când obiectele şi figurile nu sunt precis conturate, sau figurate când se referă la obiecte precise: dintre acestea, cele care reprezintă animale poartă numele de zoopsii.

- ***scenice*** – care pot fi panoramice (statice) sau cinematografice (mişcare).

Spre deosebire de halucinaţiile altor modalităţi senzoriale, cele vizuale antrenează în mai mare măsură subiectivitatea individuală, participarea afectivă şi mimico-atitudinală. Din aceste motive, comportamentul halucinator vizual este mai uşor de evidenţiat (privire în gol extatică sau angoasată) însoţită de mimica corespunzătoare.

Halucinaţiile vizuale se întâlnesc în afecţiuni oftalmologice, neurologice (migrena oftalmică, tumori şi leziuni ale lobului occipital, epilepsie etc), stări confuzionale (în special în cele alcoolice, clasic descrise sub formă de zoopsii). Rar se întâlnesc în schizofreniile paranoide şi parafrenii.

Halucinaţii olfactive şi gustative apar de obicei împreună, aşa cum şi în mod normal senzaţiile gustative sunt greu de diferenţiat de cele olfactive, datorită originii embriologice comune a celor doi analizatori şi filogenezei lor paralele. Acesteia din urmă i se datorează şi strânsa legătură dintre cele două simţuri amintite şi viaţa afectiv-instinctivă. După unii autori aceste halucinaţii ar reprezenta mai mult de jumătate din totalul halucinaţiilor. Se pot diferenţia în halucinaţii plăcute (parfumuri, esenţe, miresme) şi neplăcute (mirosuri grele, respingătoare, de putrefacţie, gusturi metalice, astringente).

Se întâlnesc în crizele uncinate în epilepsia temporală, în unele tumori şi leziuni ale lobului temporal, în psihoze afective fiind în concordanţă cu tonalitatea afectivă, în delirium tremens, în sindroamele paranoide, unde pot fi însoţite de un comportament halucinator – bolnavii sunt suspicioşi, au negativism alimentar, cercetează alimentele şi băuturile, pun aparţinătorii şi personalul să le guste. **Weitbrecht** subliniază aspectul organic al psihozelor de involuţie atunci când acestea se însoţesc de halucinaţii gustative şi olfactive. Halucinaţiile olfactive se întâlnesc de asemenea în nevroze de tip obsesiv, fobic şi isteric.

Halucinaţiile tactile pot fi simţite ca percepţii venite din exterior (arsuri, căldură, atingere, sărut, curent de aer, înţepătură) sau din interiorul corpului, percepute sub piele (arsuri, dureri, mişcări ale unor insecte sau viermi subcutanat). Halucinaţiile tactile pot să se manifeste discontinuu (punctiform) sau continuu (în reţea). Uneori senzaţiile resimţite sunt neidentificabile şi nu pot fi cuprinse într-un termen anumit.

Halucinaţiile tactile se întâlnesc în intoxicaţii cu cocaină, chloral, haşiş, LSD, În psihoze alcoolice acute şi subacute, luând adesea aspectul de halucinaţii zoopatice (percepţia de gândaci, insecte, paraziţi, viermi mergând pe piele sau în piele), în psihozele de involuţie. În acest din urmă caz, ele îmbracă aspectul particular al delirului cu ectoparaziţi Ekbom.

Halucinaţiile corporale sunt halucinaţii ale sensibilităţii generale şi interne (proprioceptive şi interoceptive) percepute ca arsuri interioare, modificări ale viscerelor (stomacul, plămânii, inima sunt putrezite, rupte, înlocuite cu obiecte metalice), schimbarea poziţiei unor organe, existenţa unor fiinţe naturale (şerpi, lupi, etc) sau supranaturale (demoni, spirite, etc.) în interiorul corpului; forma externă a posesiunii zoopatice este reprezentată de trăirea halucinatorie de metamorfozare într-un animal.

Din categoria halucinaţiilor corporale, o menţiune specială trebuie acordată localizării genitale a acestora, percepute ca violuri directe sau de la distanţă, senzaţii de orgasm, introducerea de corpuri străine în rect, senzaţii resimţite cel mai adesea neplăcut; ele pot atrage un comportament halucinator corespunzător (astuparea cavităţilor naturale, centuri de protecţie, măsuri de protecţie specială în locuri publice-după **P. Bernard**).

Halucinaţiile corporale apar în delirurile hipocondriace, schizofreniile paranoide, psihozele de involuţie; în cadrul acestora dina urmă, sindromul Cotard descris cu un secol în urmă, grupează idei delirante de negaţie, de enormitate şi de imoralitate, asociind negarea halucinatorie a viscerelor.

Asocieri halucinatorii – halucinaţiile psiho-senzoriale sunt adesea combinate, adică interesează mai mulţi analizatori în acelaşi timp; halucinaţiile vizuale şi auditive, cele olfactive şi gustative, tactile şi corporale sunt cel mai adesea asociate. În patologia de intensitate psihotică a involuţiei apar în mod specific halucinaţii corporale, localizate în special în zonele genitale, asociate cu halucinaţii olfactive. De asemenea, se descrie reunirea în cadrul parazitozelor halucinatorii a halucinaţiilor vizuale cu cele tactile (din intoxicaţii cu alcool, chloral, cocaină, etc.)

Halucinozele sunt fenomene de tip halucinator a căror esenţă patologică este recunoscută ca atare de către subiect şi în consecinţă el nu va aborda un comportament legat de conţinutul acestor percepţii.

Uneori halucinozele pot avea o manifestare atât de distinctă, încât, cu toată atitudinea critică pe care pacientul o adoptă şi în ciuda convingerii că ele nu fac parte din realitate, încearcă să verifice acest lucru.

Halucinozele sunt specifice leziunilor neurologice ale analizatorilor; se mai întâlnesc în unele epilepsii, (ca aură sau criză psihosenzorială), leziuni la nivelul calotei pedunculare, de diverse etiologii. Reamintim **heautoscopia** în cadrul halucinozelor de schemă corporală. Halucinozele schemei corporale sunt descrise de bolnavi sub forme de o varietate extremă: dispariţia de membre sau segmente ale acestora, **membrul fantomă al amputaţiilor**, membrul fantomă supranumerar, modificări ale dimensiunilor şi greutăţii corpului, dezanimarea unor segmente sau metamorfozarea unor părţi ale corpului.

Halucinoidele sunt fenomene de tip halucinator (situate de unii autori între reprezentări vii şi halucinaţii vagi), care apar în perioadele de geneză sau ştergere a halucinaţiilor, se pot asimila halucinozelor, prin lipsa de convingere a bolnavului asupra existenţei lor reale.

Halucinaţiile psihice (pseudohalucinaţiile) sunt definite ca autoreprezentări aperceptive, caracterizate prin incoercibilitate, automatism şi exogenitate **(G. Petit).**

Spre deosebire de halucinaţiile psihosenzoriale, halucinaţiilor psihice le lipseşte obiectivitatea spaţială şi caracterul de senzorialitate; ele sunt localizate în gândirea proprie, în spaţiul intrapsihic; neavând decât obiectivitatea psihică; datorită absenţei caracterului de senzorialitate, prin contrast cu halucinaţiile psiho-senzoriale ele mai sunt denumite şi pseudohalucinaţii. Diferă de reprezentările obişnuite prin caracterul de stranietate, de exogenitate. Bolnavul nu le percepe pe căile senzoriale obişnuite, ci le trăieşte ca pe nişte fenomene străine, impuse din afară, care i se fac şi cărora nu li se poate opune şi pe care nici nu le poate controla prin propia voinţă.

Halucinaţiile psihice acustico-verbale-sunt cel mai des întâlnite, fiind "veritabilele" halucinaţii psihice descrise ca atare de **Baillarger**-care se manifestă ca voci interioare, ecoul gândirii sau al lecturii, murmur intrapsihic, gânduri transmise. Subiectul are impresia că trăirile vin din afara sa prin intruziune, se insinuează în gândirea lui, fiind atribuite altcuiva. Această "transmitere a gândurilor" este interpretată ca telepatie, comunicare misterioasă, limbaj fără cuvinte, dând subiectului impresia că şi-a pierdut intimitatea gândirii sale, facultatea de a se conduce după voinţa sa, fiind supus influenţei altcuiva **(xenopatie-Guiraud).**

Halucinaţiile psihice vizuale- apar ca simple imagini sau sub formă de scene panoramice, în spaţiul subiectiv al bolnavului, dându-i impresia că trăieşte într-o lume a scenelor imaginare, a viziunilor interioare sau artificiale. **Kandinski** afirmă că bolnavii *le văd cu ochii interiori, cu ochii minţii.*

Halucinaţiile psihice motorii – sunt legate de limbajul interior şi de expresia motorie a acestuia (verbale şi scrise). **Seglas** a descris aceste halucinaţii trei grade:

- bolnavul are senzaţia că vorbeşte (fără să facă nici un fel de mişcare);
- **bolnavul schiţează mişcări ale limbii şi buzelor;**
- bolnavul are impulsiuni verbale *"este făcut să vorbească"* (sentimentul de automatism verbal).

Aceste halucinaţii pot fi localizate în organele fonatoare: limbă, laringe, torace, abdomen, subiectul având impresia că i se vorbeşte în şi prin aceste organe.

Halucinaţiile psiho-motorii grafice se aseamănă cu cele anterioare, şi pot îmbrăca caracterul halucinaţiilor kinestezice grafice sau al halucinaţiilor grafice motorii complete (scriere impusă).

Halucinaţiile psihice apar în delirurile cronice, în cea mai mare parte a psihozelor, apariţia lor este un indice de gravitate, stabilind intensitatea psihotică a tulburărilor.

Asocieri halucinatorii – așa cum am mai arătat, clasificare pe care o facem, despărțind fenomenele halucinatorii pentru a le descrie, are o valoare pur didactică, în clinică acestea apărând grupate, intricate, modificând realitatea în ansamblul și structura ei. Ele sunt însoțite întotdeauna de un cortegiu simptomatic complex, care le ușurează diagnosticarea, întregindu-le semnificația.

Sindromul de automatism mintal Clerambault-Kandinski. grupează în același sindrom halucinații psihosenzoriale și psihice alături de o serie de fenomene psihice caracterizate prin ***exogenitate și incoercibilitate***. Sindromul de automatism mintal este reprezentat de triplul ecou (al gândirii, lecturii, actelor), triplul automatism (motor, idei, ideo-verbal) și numeroase halucinații psihice anideice (fără temă, întâmplătoare).

Mecanismul de producere al halucinațiilor a fost abordat prin prisma unor modele lineare, psihodinamica încercând să le explice ca un rezultat al proiecțiilor, al refulărilor din inconștient. Organiciștii au încercat în diferite variante, având drept model de producere analizatorul, regiuni ale cortexului, inhibiție-dezinhibiție, substanțe psihedelice care nu au arătat decât că realitatea fenomenului halucinator este mult mai complexă, insuficient elucidată, neexistând astăzi un model experimental satisfăcător.

TULBURĂRILE DE ATENȚIE

După cum o definește școala românească de psihologie, atenția este o funcție sintetică a psihismului constând în activarea, tonificarea, mobilizarea, orientarea selectivă și concentrarea focalizată a proceselor psiho-comportamentale în vederea unei reflectări optime și facile a realității și a unei intervenții eficiente în cadrul autoreglării activității. Însușirile structurale ale atenției sunt reprezentate de volum (suma unităților informaționale relevate concomitent în planul conștiinței), concentrare (contrară distragerii; se poate realiza în diverse grade), stabilitate (ca o caracteristică temporară a concetrării, cu rol antifluctuant); distributivitate (plurifocalizare a atenției, un sistem al reflexiei în care momentan se impune o singură dominantă dar care este în legătură cu subsisteme automatizate ce se pot actualiza și trece pe prim plan foarte rapid), comutativitate sau flexibilitate (capacitatea de restructurare rapidă a atenției). Se descrie o atenție spontană (involuntară), o atenție voluntară și postvoluntară ale căror tulburări sunt adesea independente. Tulburările de atenție se numesc **disprosexii**, ele interesând atât atenția voluntară cât și cea involuntară.

Hiperprosexia semnifică creșterea atenției. Polarizarea hiperprosexică către un anumit domeniu se asociază cu hipoprosexia pentru restul domeniilor. Ar fi vorba de fapt mai mult de o scădere a comutativității atenției cu creșterea concentrării decât de o hiperprosexie în ansamblu. Se întâlnește atât în condiții normale cât și în condiții patologice – în mod normal, în situații de creștere a interesului sau de risc vital, în stările de excitație și în intoxicațiile ușoare cu alcool sau cafeină, - în condiții patologice tulburarea obsesivă fobică, cenestopatii, în delirurile hipocondriace, stări maniacale și oligofrenie.

Hipoprosexia constă în diminuarea atenției, în special a orientării selective a proceselor psiho-comportamentale. Se întâlnește – în mod normal în condiții de oboseală, surmenaj, situații anxiogene și în condiții patologice, tulburare anxioasă, depresie, în schizofrenie (atenția voluntară este mult diminuată, dar atenția spontană persistă pentru instinctele elementare, după cum susține **Chaslin**), în accesul maniacal.

Aprosexia – semnifică abolirea atenției și se întâlnește în stări confuzionale, demențe și oligofrenii, prin scăderea globală a performanțelor intelectuale.

TULBURĂRILE DE MEMORIE

Memoria (funcția mnezică) este definită ca ansamblul proceselor de întipărire (memorare), conservare (păstrare) și reactualizare prin recunoaștere și reproducere a experienței anterioare a omului sau procesul psihic de stocare/destocare a informației, de acumulare și utilizare a experienței cognitive. Definită genetic ca proces de reflectare selectivă, activă și inteligibilă a trecutului experiențial, memoria este în același timp și un produs al dezvoltării social-istorice umane, fiind legată de celelalte componente ale sistemului psihic uman. În acest sens, memoria poate fi considerată (**E.Minkowski**) o conduită de ordin temporal care stabilește relația dintre „înainte" și „după", între ce a fost, ceea ce este și ceea ce va fi. În ceea ce privește clasificarea tulburărilor funcției mnezice (dismnezii), vom adopta o clasificare în tulburări cantitative și tulburări calitative. Desigur, această delimitare apare artificială în primul rând deoarece pentru a fi perturbată calitativ, memoria presupune să fi suferit deja tulburări cantitative, iar în practica curentă, formele sunt în majoritatea cazurilor intricate.

Dismnezii cantitative

Hipermneziile: tulburări cantitative ale funcției mnezice constând în evocări involuntare rapide și ușoare, tumultoase și multiple, realizând o îndepărtare (circumscrisă) a subiectului de prezent.

Se pot întâlni atât în condiții normale cât și patologice:

- la normali: evocările fiind legate de evenimente deosebite, cu caracter plăcut sau neplăcut din viața subiectului, dar trăite intens (succes sau insucces deosebit, cataclism, evenimente deosebite);

- în afecțiunile psihice: în genere atunci când se realizează o îngustare a câmpului preocupărilor prin focalizarea funcțiilor psihice: psihopatia paranoică și paranoia, unele oligofrenii („idioții-savanți"), debutul demenței luetice, nevroze: în unele forme obsesionale, isterice („memoria hiperestezică"), în condiții speciale (detenții, prizonierat), sindromul hipermnezic emoțional paroxistic tardiv (**Targowla**) consecutive stărilor febrile, intoxicației ușoare cu eter, cloroform, barbiturice, în toxicomanii, epilepsie (ca aură sau ca echivalență);

- forme particulare:

Mentismul reprezintă o derulare involuntară, caleidoscopică a unor amintiri și idei.

Viziunea retrospectivă - formă supremă a hipermneziei, subiectul retrăind în câteva momente principalele evenimente din întreaga sa viață. Se întâlnește în: situații de pericol existențial iminent, în paroxisme anxioase de mare intensitate, în stări confuzionale halucinatorii, în crize de epilepsie temporală.

Hipomneziile: tulburări cantitative ale funcției mnezice constând în evocări lente și dificile, sărace și trunchiate cu tot efortul făcut, realizând o situație jenantă pentru subiect în momentul respectiv.

Se pot întâlni atât în condiții normale cât și patologice:

- la normali: în activitatea curentă legată fiind de evenimente insuficient fixate sau neglijate, preluate în stări de oboseală sau surmenaj;
- în afecțiuni psihice: în nevroze prin deficit prosexic, în oligofrenie, prin insuficienta dezvoltare cognitivă, în stări predemențiale;
- forme particulare.

Lapsusul: dificultate de evocare, pasageră, cu aspect lacunar de element al frazei.

Anecforia: constă într-o ușoară stare de tulburare a funcției mnezice, în care subiectul evocă cu ajutorul anturajului, anumite evenimente care păreau uitate. Clasificarea în cadrul allomneziilor nu este întru totul justificată; anecforia pare mai mult o dismnezie cantitativă.

Amneziile: tulburări cantitative ale funcției mnezice constând în: prăbușirea funcției mnezice cu imposibilitatea evocării sau fixării realizând o situație particulară, care obligă subiectul la găsirea unor soluții de conjunctură.

În funcție de debutul evenimentului, **Rauschburg** (1921) prin sistematizarea sa în funcție de sens, le-a grupat în: anterograde (de fixare) și retrograde (de evocare).

Amneziile anterograde (de fixare): tulburare mnezică caracterizată prin: imposibilitatea fixării imaginilor și evenimentelor după agresiunea factorială, dar cu conservarea evocărilor anterioare agresiunii factoriale.

Deficiența se datorește fixării, stocajul fiind relativ nealterat, putându-se considera o perturbare a memoriei imediate, în timp ce memoria evenimentelor îndepărtate este conservată, fapt care ar putea permite considerarea amneziei anterograde drept o disociere între memoria imediată (a prezentului) și memoria evenimentelor îndepărtate (a trecutului) având ca element de referință momentul agresiunii factoriale.

Se pot întâlni în: stări nevrotice și reacții psihogene, ***sindrom Korsakov*** (alcoolic, traumatic, infecțios), stări de confuzie mintală, psihoză maniaco-depresivă, presbiofrenie.

Amneziile retrograde (de evocare): tulburare mnezică caracterizată prin: imposibilitatea evocării imaginilor și evenimentelor situate anterior agresiunii factoriale, dar cu conservarea posibilității de fixare pentru evenimentele situate posterior agresiunii factoriale.

Deficienta se datorește evocării; stocajul fiind alterat, fixarea este relativ nealterată, putându-se considera o perturbare a memoriei evenimentelor îndepărtate, în timp ce fixarea memoriei evenimentelor recente este conservată, fapt care permite considerarea amneziei retrograde drept o disociere între memoria imediată (a prezentului) păstrată și memoria evenimentelor îndepărtate (a trecutului) alterată, având ca element de referință, momentul agresiunii factoriale.

Ne apare extrem de sugestivă comparația lui **J. Delay** care aseamănă memoria cu un caiet: „Uneori câteva pagini au rămas albe - aceasta este amnezia lacunară" ... „pasaje care se referă la anumite evenimente sau anumite persoane care s-au șters astfel încât au devenit nelizibile - aceasta este amnezia electivă" ... „alteori au fost rupte ultimele pagini și continuă să fie rupte de la sfârșit spre început, aceasta este amnezia retrogradă".

Luând drept element de referință - momentul agresiunii factoriale și structurând memoria în memorie a evenimentelor imediate (a prezentului - fixare) și a evenimentelor îndepărtate (a trecutului - evocare) se pot obține următoarele relații (tabelul II):

Tipul amneziei	Memoria prezentului fixarea	Memoria trecutului evocarea	Tipul disocierii
Anterogradă	(-) alterată	(+) conservată	alterarea fixării conservarea evocării
Retrogradă	(+) - conservată	(-) alterată	conservarea fixării alterarea evocării

Amneziile retrograde, la rândul lor se pot structura după opinia noastră în:
- amnezii retrograde localizate (lacunele)
- amnezii retrograde progresive (retro-anterogradele)

Amnezii retrograde localizate (lacunare) pot fi considerate drept rezultantă a absenței sau superficialității fixării pentru un moment, eveniment/etapă, ceea ce va face ulterior imposibilă evocarea, o adevărată „pauză de fixare".

Amneziile lacunare elective sunt totdeauna psihogene, cu încărcătură afectivă; unele amintiri înregistrate sunt „uitate" inconștient pentru că sunt de obicei dezagreabile, uitare ce este însă reversibilă, la fel de rapid ca și instalarea ei.

Amneziile elective sunt uneori globale, subiectul uitând întreg trecutul, inclusiv identitatea sa, fenomen ce poate apărea periodic (memorie alternativă) realizând personalitățile alternante descrise în psihiatria secolului al XIX-lea, dar mai puțin întâlnite în zilele noastre.

Amnezii retrograde progresive (retro-anterograde) pot fi considerate ca o alterare generală a funcției mnezice care interesează atât evocarea (memoria trecutului), cât și fixarea (memoria prezentului), o adevărată lacună care se extinde fără a mai putea fi limitată de momentul de referință (agresiunea factorială).

În genere se acceptă că disoluția funcțiilor psihice nu este niciodată atât de profundă încât să împiedice procesul de fixare.

De asemenea, s-a observat că amintirile cele mai recente se pierd primele, apoi amnezia progresează spre trecut, cu conservarea de obicei a amintirilor din copilărie și tinerețe (legea Ribot). Într-un stadiu mai avansat, memorizarea devine deficitară, realizându-se amnezia progresivă retro-anterogradă.

Legea Ribot este argumentată de **J. Delay** prin încărcătura afectivă a trecutului imediat, care necesită pentru redare o tensiune psihică suficient de mare. Caracterul mai logic și mai simplificat al trecutului îndepărtat favorizează evocarea; se pare că amintirile mai vechi sunt stocate mai difuz, ele rezistând mai bine la agresiuni.

Amneziile retrograde le întâlnim în:

- amneziile din demențe, dintre care în demența senilă întâlnim o amnezie progresivă retrogradă tipică (**L. Michaux**);
- amnezia retrogradă din afazia Wernicke considerată o „adevărată demență a limbajului" (**V. Predescu**);
- amnezia din sindromul Korsakov care realizează o amnezie retrogradă;
- tot amnezii retrograde sunt și cele lacunare: postparoxisme epileptice, posttraumatismele cranio-cerebrale;

- un loc aparte îl ocupă amnezia nevrotică care realizează o amnezie de tip lacunar, dar cu particularitatea de selectivitate legată în special de elemente reactive cu caracter neplăcut, particularitate care împiedică pe majoritatea autorilor de a o considera o adevărată amnezie lacunară;

- se mai descrie o amnezie tardivă sau întârziată ce nu apare consecutiv evenimentului imediat, lacuna instalându-se după un interval liber în unele forme de epilepsie, de asemenea neacceptată de toți autorii.

Dismnezii calitative (Paramnezii)

Dacă în tulburările cantitative, cu deficit mnezic (hipomnezii și amnezii) subiectul evidențiază doar deficitul mnezic, în tulburările calitative, subiectul încearcă să compenseze deficitul mnezic prin aranjarea evenimentelor fie în altă ordine cronologică, fie schimbând poziția sa față de evenimentul evocat.

Această categorie de tulburări are ca trăsătură comună o alterare a noțiunii de „timp trăit". Sentimentul că prezentul și trecutul nostru ne aparțin se estompează sau se prezintă în contratimp. Memoria autistică care nu mai este sub control introduce în sinteza mnezică imaginile și afectele sale.

Paramneziile (termen introdus de **Kraepelin**) se caracterizează prin: evocări deteriorate ale evenimentelor produse recent sau îndepărtat, fără o legătură cu realitatea obiectivă trăită de subiect, fie sub aspect cronologic, fie sub aspectul realității.

Deteriorarea evocărilor va fi suplinită de subiect prin contribuția sa.

Paramneziile se grupează în:

- tulburări ale sintezei mnezice imediate (iluzii mnezice)
- tulburări ale rememorării trecutului (allomnezii)

Tulburări ale sintezei mnezice imediate (iluzii mnezice): cuprind evocări eronate ale trăirilor subiectului, neîncadrate corect în timp și spațiu, sau, deși trăite nu sunt recunoscute de subiect ca proprii.

Criptomnezia: iluzie mnezică în care o idee, un material, o lucrare, de care evident nu este străin (a auzit-o, a văzut-o) subiectul o consideră drept a sa (nu este un plagiat-afirmația se face inconștient de beneficiile pe care i le-ar putea aduce).

Se întâlnește în: schizofrenie, deliruri sistematizate (paranoice sau parafrenice), demențe traumatice și în stadiile evolutive ale demențelor senile și vasculare.

Falsa recunoaștere (Wigman): iluzie mnezică în care o persoană necunoscută anterior de subiect este considerată drept cunoscută. Falsa recunoaștere poate fi difuză sau generală creând impresia de „déja vu", „deja entendu", "deja raconte", și în final de „deja vecu" (deja văzut, deja auzit, deja istorisit și în final deja trăit sau deja resimțit). Sentimentul poate fi limitat la o singură persoană, obiect sau stare a conștiinței. Mult mai rar se întâlnește iluzia de nerecunoaștere: „bolnavul crede că cunoaște persoane pe care nu le-a văzut și nu este sigur că cunoaște persoane deja văzute. În stadiul avansat „de la a recunoaște totul, peste tot și permanent, el ajunge să nu mai recunoască nimic, nicăieri, niciodată" (**J. Delay**).

„Iluzia sosiilor" (descrisă de **Capgras, 1924**) este o falsă nerecunoaștere constând în faptul că bolnavul consideră ca sosie o persoană pe care o cunoaște în mod sigur. Este întâlnită în surmenaj, obnubilare, faza maniacală a PMD, stări maniacale în preinvolutiv și involutiv, schizofrenii, deliruri cronice, sindromul Korsakov.

Falsa nerecunoaştere (Dromand şi Levassort): iluzia mnezică în care o persoană cunoscută anterior de subiect este considerată drept necunoscută. Opusă precedentei, este mai puţin frecvent întâlnită, prezentă în psihastenii.

Paramneziile de reduplicare (Pick): iluzia mnezică în care o persoană sau o situaţie nouă este identică cu o altă persoană sau situaţie trăită anterior. Este destul de rară şi întâlnită mai ales în demenţele presenile.

Tulburări ale rememorării trecutului (allomnezii) cuprind clasificări mnezice, fie sub aspectul situării în cronologie, fie sub aspectul situării în real.

Pseudoreminiscenţele: falsificarea mnezică sub aspectul situării în cronologie, în care subiectul trăieşte în prezent evenimentele reale din trecut. E întâlnită în ***sindromul Korsakov***.

Ecmnezia: falsificarea mnezică sub aspectul situării în cronologie, inversă precedentei, în care subiectul se întoarce în trecut şi retrăieşte activ evenimentele reale, dar situate în trecut. Ecmneziile sunt tulburări ale memoriei în care episoade întregi ale trecutului pot fi retrăite ca şi cum ar fi în prezent; au caracter tranzitor. Au fost descrise pentru prima dată de Pitters în isterie: „pacientele par să piardă noţiunea personalităţii prezente şi să o reia pe cea pe care o aveau atunci când se desfăşura episodul de viaţă pe care îl retrăiesc, cu comportamentul corespunzător".

Viziunile panoramice ale trecutului sunt asemănătoare ecmneziilor: memoria unui subiect în criză uncinată, sau într-un pericol vital, este invadată de amintiri care îi dau iluzia că retrăieşte instantaneu întreaga existenţă. Se întâlneşte în: demenţa senilă, confuzia mintală, epilepsia temporală, isterie.

Confabulaţiile: falsificare mnezică sub aspectul situării în real, constând în reproducerea de către pacient a unor evenimente imaginare, încredinţat fiind că evocă trecutul trăit; act făcut fără alt scop decât de a suplini deteriorarea mnezică (lacunele).

Subiectul în aceste situaţii, cu ultimile resurse ale criticii sale şi cu conştiinţa parţială a perturbărilor funcţiei mnezice face eforturi de a-şi suplini lacunele, confabulaţiile intercalându-se printre evenimentele reale cât de cât subordonate cronologic.

În funcţie de gradul de deteriorare sau nedezvoltare a personalităţii, confabulaţiile pot fi ierarhizate în: confabulaţii de perplexitate, de jenă, de încurcătură, mnezice, fantastice, onirice.

Trebuie deosebite de „micile schimbări de ordine cronologică" sau de „micile adaosuri sau omisiuni" ale copilului sau adultului normal în situaţii când doreşte să altereze adevărul, prin caracterul net intenţional şi absenţa deficitului mnezic.

Sunt întâlnite în: sindromul Korsakov, confuzia mintală, oligofrenie şi în accesul maniacal (confabulaţii cu caracter ludic).

TULBURĂRI ÎN DISCURSIVITATEA GÂNDIRII

Tulburări în ritmul gândirii

Accelerarea ritmului gândirii reprezintă o înlănţuire cu o extremă rapiditate a ideilor în care numărul asociaţiilor se multiplică, dar pierd în profunzime, evocările sunt exacerbate fiind însă minimalizate de numeroasele digresiuni, care întrerup firul principal al discursului, iar tulburările de atenţie fac subiectul incapabil de a se concentra asupra unei teme precise.

Lentoarea ideativă este reprezentată de o scădere a numărului ideilor, a posibilităților lor de asociere, evocări dificile, scădere a forței de reprezentare și a imaginației.

Tulburări în fluenta gândirii

Fadingul mintal descris ca o scădere progresivă a gândirii de către **Guiraud**, se manifestă printr-o încetinire a ritmului verbal, ca și cum bolnavul ar fi detașat, un scurt interval, de ceea ce spune.

Barajul ideativ (Kraepelin), descris inițial pentru a desemna doar oprirea actelor voluntare, termenul de baraj se refera în prezent la oprirea ritmului ideativ.

Tulburări în ansamblul gândirii

Tulburări în valorizarea judecăților și raționamentelor gândirii

Ideile dominante sunt idei care se detașează din contextul celorlalte idei, impunându-se într-un moment dat gândirii și sunt legate de anumite particularități ale personalității subiectului de care se leagă însăși hipervalorizarea lor, fie că subiectul este sau nu conștient de aceasta.

Ideile prevalente. Ideea prevalentă, denumită ca atare de **Wernicke**, este o idee care se impune gândirii ca nucleu al unui sistem delirant de care bolnavul se poate detașa în fața unor argumente logice.

Ideile obsesive sunt idei care se impun gândirii, o asediază și o invadează, recunoscute de subiect ca un fenomen parazit, fiind străine și contradictorii cu personalitatea individului.

Ideile delirante sunt idei în dezacord evident cu realitatea, dar în a căror realitate bolnavul crede, impenetrabil la argumentele logicii formale și care-i modifică concepția despre lume, comportamentul și trăirile.

Idei de persecuție constau în convingerea bolnavului că suferă prejudicii morale, materiale sau fizice, simțind lumea ca fiindu-i ostilă.

Idei delirante cu conținut depresiv-de vinovăție, autoacuzare, de ruină, au drept conținut raportarea imaginară a unor situații nefavorabile reale la acțiunile sau trăirile bolnavului, negarea capacităților intelectuale și fizice, a posibilităților materiale.

Idei hipocondriace sunt convingeri privind existența unei boli incurabile, cu gravitate deosebită, de care subiectul ar suferi, în dezacord cu starea de sănătate foarte bună sau puțin modificată a subiectului.

Sindromul hipocondriac este centrat în jurul ideilor hipocondriace cărora li se adaugă anxietatea și cenestopatiile.

Idei de gelozie și erotomanice sunt legate de infidelitate, a cărei victimă ar fi subiectul (**Bleuler** le-a apropiat de ideile de persecuție).

Idei de filiație-constau în convingerea bolnavului că nu aparține familiei sale, ci ar descinde dintr-o familie mult superioară sau chiar ar avea descendență divină.

Idei delirante de invenție, de reformă, mistice-sunt idei legate de capacitatea subiectului, de omnipotența lui creatoare, în domeniul științific, socio-politic sau religios.

Ideile de grandoare sunt idei legate de calitățile deosebite fizice și spirituale pe

care subiectul le-ar avea sau de bunurile materiale și situația socială pe care acesta ar poseda-o.

Ideile de relație-se referă la convingerea subiectului că anturajul și-a schimbat atitudinea față de el, că exercită asupra sa o influență defavorabilă, face aprecieri negative asupra calităților sale.

Ideile de influență sunt legate de credința subiectului ca se află sub influența acțiunii unor forte xenopatice.

Idei metafizice și cosmogonice se referă la preocuparea subiectului de a elucida probleme ca metempshihoza, cosmogonia, biogeneza, etc.

Structurarea delirantă. Ideile delirante nu apar în mod natural "clasificate" sau monotematice; ele au tendința de a se articula și sistematiza, restructurând gândirea către un mod de gândire particular

Deliruri sistematizate sunt idei delirante construind judecăți și raționamente, cu aparență logică, dar pornind de la "postulate false"**(Clerambault).**

Delirurile pasionale și de revendicare sunt caracterizate prin subordonarea întregii gândiri unei idei prevalente, însoțită de o creștere a tonusului afectiv, care va constitui elementul energo-dinamic în dezvoltarea acestui sistem de delir.

Delirul senzitiv de relație a fost descris de **Kretschmer**, ca trăirea unei experiențe conflictuale a individului față de grup, apărând pe fondul unei personalități slabe, în discrepanță cu aspirațiile și scopurile propuse, vulnerabilă și timidă, încurcându-se în aspirații biografice chinuitoare.

***Delirul de interpretare* (Sérieux și Capgras)** se constituie dintr-o masa de simptome, interpretări, intuiții, supoziții, pseudoraționamente, care se vor organiza conform unui postulat inițial.

Deliruri nesistematizate sunt deliruri în care structurarea ideilor delirante este mult mai redusa, nemaipăstrând o aparență logică și pentru care subiectul nu caută o argumentație rațională.

Delirurile fantastice sau de imaginație (parafrenice) sunt caracterizate de fantasticul tematicii, bogăția imaginativă, coexistența lumii delirante fantastice în paralel cu cea reală, căreia subiectul continuă să i se adapteze.

Stările delirant-halucinatorii, bufeele delirante (sindroamele paranoide) sunt deliruri nesistematizate, însoțite de tulburări perceptuale de tip halucinator.

Delirul indus ("folie à deux") este reprezentat de aderența într-un cuplu, a unuia din membrii la delirul celuilalt. Există forme de delir în trei, în patru, multiplu. Psihozele de masă respectă același model psihopatologic.

TULBURĂRI OPERATIONALE ALE GÂNDIRII

Pot fi ***pasagere și reversibile*** - se referă la scăderea, în grade variabile a randamentului și eficacității operaționale a gândirii, a capacității de creație și se întâlnesc în stări reactive, surmenaj, posttraumatic, în infecții și intoxicații sau ***permanente***.

Dintre tulburările permanente menționăm:

Staționare (nedezvoltarea gândirii) se refera la incapacitatea gândirii subiectului de a atinge anumite nivele operaționale, de la cele mai complexe (abstractizare și generalizare) pana la cele elementare (limbajul articulat, capacitatea de autoîngrijire)

Progresive (demențele) sunt reprezentate de scăderi progresive și globale ale întregii vieți psihice, afectând în primul rând gândirea, iar din aceasta capacitatea de generalizare și de abstractizare.

Sindromul demențial are drept caracteristici următoarele:
- scăderea capacităților intelectuale care perturba integrarea socio-profesională;
- tulburări evidente de memorie și gândire;
- modificarea trăsăturilor personalității premorbide;
- absența tulburărilor de vigilitate.

TULBURĂRILE DE VOINȚĂ

Voința a fost studiată de filozofi și teologi dar, în psihiatrie, este un domeniu care nu este la fel de bine cunoscut ca altele. Nu există un model comprehensiv care să cuprindă satisfăcător termenii variați folosiți. Voința este funcția psihismului prin care se produce actualizarea și realizarea intențiilor, prin organizare operațională a acțiunilor și structurare decizională. Este strâns legată de sistemul motivațional, conceput ca ansamblul pulsiunilor interne, cu nivel energetic și tensional specific, modelat socio-cultural, ca declanșator al acțiunii.

Tulburări cu suport motivațional precis:

Hiperbulia constă în creșterea forței volitionale, având caracter global și fiziologic la anumite tipuri de personalități; este întâlnită mai rar în patologie și de obicei cu caracter parțial (sectorizată).

Hiperbulia cu suport motivațional delirant atinge în cadrul afecțiunilor psihotice un nivel deosebit.

Hiperbulia electivă din toxicomanii, dirijată spre obținerea drogului cu prețul oricărui efort.

În stările obsesivo-fobice deși are loc o creștere propiu-zisă a forței volitionale, subiectul face un efort impresionant pentru a lupta împotriva ideilor obsesive și în special a compulsiunilor.

Tulburări prin pierderea suportului volițional

Hipobulia reprezintă diminuarea forței volitionale cu scăderea capacității de acțiune, legate de un sistem motivațional mai slab conturat sau chiar absent, deși conștiința nu e modificată și operațiile gândirii sunt intacte.

Cu caracter global predominant, în grade variate de intensitate, hipobulia apare în: afecțiuni de intensitate nevrotică, cerebrastenie posttraumatică, toxicomanii, întârzieri în dezvoltarea psihică (oligofrenii), sindroame psihoorganice, cronice, demențe. În stările maniacale, hipobulia este secundară incapacității de concentrare a atenției, excitației psihice și agitației psihomotorii.

Cu caracter electiv sunt descrise hipobuliile legate de incapacitatea de a face față situațiilor fobogene sau obsesiilor ideative.

Abulia reprezintă nivelul maxim de scădere a forței volitionale și pierderea aproape totală a inițiativei și capacității de acțiune. Se întâlnesc în depresiile psihotice, schizofrenii, oligofrenii severe, stări demențiale avansate.

Impulsivitatea consecință a unui sistem motivațional modificat prin pulsiuni interioare imperioase, presante, care se impun conștiinței și determină trecerea la act, în

condiţiile unei capacităţi voliţionale scăzute, impulsivitatea poate fi constituţională la structurile dizarmonice de personalitate de tip impulsiv, sau poate apare în afecţiuni nevrotice, reacţii şi psihoze, când îmbracă aspectul de raptus.

Tulburări secundare destructurării suportului motivaţional

Parabulia constă în scăderea forţei voliţionare determinată în principal de dezorganizarea sistemului voliţional prin sentimente, dorinţe ambivalente; bizare, consecinţe ale disocierii ideo-afective din schizofrenie sau generată de acţiuni simultane, parazite, din nevrozele motorii.

TULBURĂRILE COMUNICĂRII

Schimburile de informaţie dintre două elemente (definiţia cibernetică a comunicării) se bazează în cadrul comunicării interumane pe ansamblul specific de procese psihomotorii în care canalul principal este cel verbal la care se adaugă canalele non verbale. Codurile folosite în transferul de informaţii sunt standardizate sociocultural şi condiţionate biologic de integritatea receptorilor şi emiţătorilor. Prezenţa limbajului ca modalitate de comunicare verbală dă specificitate intercomunicării umane, oferindu-i o polivalenţă semnificativă infinită. Comunicarea non verbală se realizează prin utilizarea unor mijloace cu funcţie de semnalizare – ţinută, mimică, atitudine, care vin să întregească sau „să înlocuiască" limbajul, având însă cel mai adesea o funcţie de complementaritate faţă de acesta.

După **V. Enătescu** s-au putut diferenţia experimental următoarele tipuri de comunicare non verbală: comunicarea metaverbală (care sprijină şi întăreşte comunicarea verbală), comunicarea paraverbală (diferită şi în contrasens cu cea verbală) şi comunicarea disverbală (apărând ca o modificare în sens patologic a comunicării non verbale). Optăm pentru clasificarea tulburărilor comunicării în tulburări ale comunicării verbale şi tulburări ale comunicării non verbale.

A. TULBURĂRI ALE COMUNICĂRII VERBALE

1. Tulburări ale expresiei verbale

Tulburări formale

Debitul verbal. Tulburările de debit verbal cuprind:

Hiperactivitatea verbală poate fi:

- ***simplă*** (bavardajul) în care fluxul cuvintelor este crescut, situaţie întâlnită şi la persoanele sănătoase; ea devine anormală la cei care, de teama schimbului liber de idei vorbesc permanent fără a fi interesaţi de opiniile celorlalţi
- ***logoreea*** constă într-o creştere a ritmului şi debitului cuvintelor. Se întâlneşte în stări de excitaţie, de agitaţie, în mania acută, la paranoici.

Hipoactivitatea simplă se poate observa la persoanele timide, psihastenice, care evită să-şi expună ideile proprii şi caută să nu lezeze auditoriul, dând vorbirii un aspect ezitant şi monoton.

Inactivitatea totală prezintă mai multe forme:

- ***mutismul*** este definit ca absența vorbirii legată de un factor afectiv mai mult sau mai puțin involuntar, fără a se datora unei leziuni a centrilor sau organelor vorbirii. După intensitatea sa, mutismul poate fi relativ sau absolut. În *mutismul relativ* expresia verbală este redusă cu păstrarea expresiei mimice, gestuale și a limbajului scris. În *mutismul electiv* din delirurile cronice și schizofrenii, pacientul se adresează numai anumitor persoane. O altă formă a mutismului relativ o reprezintă *mutismul discontinuu* (semi-mutismul), întâlnit în stările confuzionale și delirante.

Sub variatele sale forme descrise mai sus, mutismul se poate întâlni în: stările stuporoase reactive, catatonie, isterie, stuporul depresiv, stările confuzionale, demență, tulburarea obsesiv-compulsivă.

- ***mutacismul*** este un mutism deliberat, voluntar pe care îl întâlnim în: manie, stările delirante, tulburarea de personalitate histrionică și schizoidă, oligofrenie, demențe, simulație.

Ritmul verbal. Tulburările ritmului verbal sunt reprezentate de:

Tahifemia – reprezintă accelerarea ritmului limbajului apărând în stări de insomnie, agitație sau în palilalie unde se asociază cu iterația.

Bradifemia – reprezintă încetinirea ritmului limbajului, regăsindu-se în stări depresive, demențe, oligofrenie, epilepsie.

Afemia – este imposibilitatea de a vorbi; deși subiectul mișcă limba și buzele, își exprimă incapacitatea sa de comunicare verbală prin mimică.

Ritmul neregulat – este realizat prin *baraj verbal* (discontinuitate corespunzătoare barajului ideativ), balbism, iterație.

Intonația.

Intensitatea vorbirii. În stările de excitație, agitație, la paranoici, la hipomaniacali, se descriu vorbirea cu voce tare, exclamațiile, vorbirea cu strigăte; în depresii apare vorbirea șoptită.

Coloratura vorbirii se concretizează prin vorbire monotonă (în depresie), afectată, puerilă, manieristă (în schizofrenie).

Tulburările fonetice se referă la tulburări ale articulării cuvintelor (dizartrii), care sunt date de dificultatea de execuție a mișcărilor coordonate sintonic ale aparatului fonator. Ele se întâlnesc în afecțiuni neurologice (exemplu: boala Parkinson, boala Wilson, coree) și în afecțiuni psihice (isterie, tulburări anxioase, schizofrenie, demențe). Aceste tulburări sunt reprezentate de balbism, rotacism, sigmatism, rinolalie).

Tulburările semanticii și sintaxei se referă la modificările apărute la nivel de cuvânt, frază, limbaj.

Paralogismul este un cuvânt normal, dar utilizat în sens diferit de cel uzual.

Neologismul este un cuvânt nou, creat prin mecanismele obișnuite de formare a cuvintelor noi: compoziția simplă, contaminare, fuziune a unor fragmente de cuvinte.

Embololalia este inserția într-un discurs normal a unuia sau mai multor cuvinte străine frazei care revin periodic.

Agramatismul (**Küssmaul**) este limbajul lipsit de articole, conjuncții, prepoziții, redus la un schelet de „stil telegrafic".

Paragramatismul **(Bleuler)** constă în expresii bizare și neoformații verbale, plecând de la rădăcini corecte.

Elipsa sintactică constă în suprimarea unor cuvinte sau a prepozițiilor care ar da sens frazei a cărei elemente principale rămân însă incluse în structura ei.

Onomatonomia constă în repetarea obsedantă a unuia sau a mai multor cuvinte, în general grosolane.

Asintaxia este limbajul lipsit total de structură gramaticală constând într-o succesiune de cuvinte care își păstrează însă semnificația.

Stereotipiile verbale constau în repetarea uniformă de cuvinte izolate sau grupate invariabil cu un caracter ritmat, regulat, monoton.

Ecolalia este repetarea cuvintelor interlocutorului, de obicei asociată cu reproducerea intonației.

Psitacismul este vorbirea total lipsită de sens, „de papagal".

Glosomania cuprinde ansamblul manifestărilor verbale neoformate, acumulate fără sintaxă, lipsite de semnificație proprie, acest limbaj neavând valoare de mesaj, ci doar un joc megalomanic întâlnit în manie și schizofrenie.

Verbigerația constă în debitarea automată de cuvinte fără legătură, fragmente de fraze sau fraze întregi nelegate între ele, cu deformarea sintaxei, cu neologisme ce fac limbajul incomprehensibil.

Toate aceste tulburări izolate sau grupate întâlnesc în schizofrenie, deliruri cronice, confuzie onirică, în afazii, datorită parafaziei și jargonofaziei, tulburări demențiale.

Tulburările semantice ale limbajului apar frecvent în schizofrenie și sunt reprezentate de:

Schizofazie – descrisă de **Kraepelin** sau discordanța verbală (**Chaslin**), este un tip de discurs specific schizofreniei care, după un debut prin câteva fraze comprehensibile, se transformă prin gruparea cuvintelor și neologismelor intercalate cu debit rapid, într-un limbaj ermetic, căruia doar intonația îi traduce o notă afectivă inteligibilă – interogație, ură, declarație etc.

Glosolalie **(Flournay)** constă în structurarea de către bolnav a unei limbi noi, ce se organizează și se îmbogățește progresiv; are de obicei un conținut delirant de tip paranoid ce crează un limbaj nou.

Pseudoglosolaliile sunt deformări sistematice ale unor cuvinte generând un limbaj nou în aparență, puțin diferit filologic de un jargon.

Schizoparalexia constă în introducerea de litere parazite în cuvintele pe care le pronunță bolnavul

Schizoparafazia **(Bobon)** reprezintă gradul extrem al discordanței verbale.

Limbajul incoerent – ca formă de maximă alterare, incomprehensibil, ireductibil la o analiză gramaticală.

2. Tulburări ale expresiei grafice

Scrisul, ca exprimare grafică a limbajului vorbit, prezintă tulburări care sunt paralele cu ale acestuia.

Hiperactivitatea (graforeea) este nevoia irezistibilă de a scrie și se manifestă simultan cu logoreea, deși ele pot fi disociate. Se întâlnește în manie, unde bolnavii scriu pe coli, fețe de mese, pereți; în schizofrenie; în deliruri cronice; în diferite tulburări de personalitate. Fixarea invariabilă, intoxicația cu cuvânt, reprezintă o variantă particulară de graforee, întâlnită în tulburări demențiale și forma hebefrenică a schizofreniei.

Inactivitatea (refuzul scrisului) este în general asociată mutismului dar există uneori o disociație între acestea, bolnavul refuzând sa vorbească, dar acceptând să scrie.

Dintre tulburările morfologiei scrisului amintim:

Tulburări ale caligrafiei (micrografii, macrografii, manierisme, stereotipii etc.)

Tulburări ale dispunerii textului în pagină (scris în cerc, în pătrat, adnotări bizare etc)

Policromatografia (bolnavii scriu folosind mai multe culori atunci când nu este cazul).

Similare tulburărilor limbajului descriem tulburări semantice ale expresiei grafice precum: **neografismele, paragrafismele, embolografia, schizografia, pseudografia, ermetismul** (semne cabalistice, simbolice), **grifonajul** (scrisul este transformat într-o mâzgăliturâ).

3. **Afaziile** reunesc ansamblul tulburărilor de exprimare și înțelegere a limbajului oral și scris, datorat unei leziuni cerebrale circumscrise și unilaterale (**Delay și Lhermitte**). Având un substrat neurologic clar renunțăm să le prezentăm în cadrul acestui capitol.

B. TULBURĂRI ALE COMUNICĂRII NONVERBALE

1. **Ținuta** se referă la aspectul exterior: îmbrăcămintea, pieptănătura, atitudinea bolnavului și semnifică gradul de raportare al acestuia la regulile de convenientă socială. Ea este în raport cu vârsta, sexul biologic,rolurile sociale.

Ținuta dezordonată apare în oligofrenii, demențe, stări confuzionale, schizofrenie, manie. Pierderea aptitudinilor de autoîngrijire elementare dă un aspect particular - gatismul, care se întâlnește în demențele profunde și oligofreniile grave.

Rafinamentul vestimentar se întâlnește în: isterie, homosexualitate și într-o formă particulară-în schizofrenie.

Ținuta excentrică cu detalii bizare se întâlnește în: schizofrenii, deliruri cronice (fiind în concordanță cu conținutul acestora), stări maniacale (satisfăcând tendințele ludice și provocator erotice ale subiectului).

Ținuta pervertită este reprezentată de două forme particulare:

Cisvestismul este o îmbrăcăminte nepotrivită cu vârsta sau situația în care se află subiectul și se întâlnește la structurile dizarmonice de personalitate, maniacali și schizofreni.

Transvestismul este folosirea îmbrăcămintei sexului opus, de către persoane al căror sex biologic este bine exprimat (fenotip, genotip, constelație hormonală), ca versiune sexuală. Se asociază uneori cu homosexualitatea și este mai frecventă la bărbați.

2. **Mimica** reprezintă un tip de comunicare non verbală folosind drept suport expresia facială și modificările acesteia după coduri cu o importantă determinare socio-culturală și etnică.

Hipermimiile se întâlnesc într-o serie de tulburări psihice (stări maniacale, depresie, delirurile expansive, deliruri de persecuție)

Hipomimiile se întâlnesc în sindromul catatonic, în stuporul depresiv, în oligofrenii etc.

Paramimiile sunt reprezentate de disocieri dintre limbaj și expresia mimică. Sunt specifice schizofreniei, putând îmbrăca aspectul surâsului schizofren, prostrației, furtunilor mimice, incoerenței mimice, mimicii impulsionale, manierismelor și stereotipiilor.

3. **Gestica** este compusă din ansamblul mișcărilor voluntare sau involuntare cu funcție de expresie, simbolizare, conduite cu o anumită semnificație.

Ticurile sunt gesturi scurte, repetate involuntar, fără necesitatea obiectivă, atingând grupe musculare în legătură funcțională, reproducând în general o mișcare reflexă sau un gest cu funcție precisă în condiții normale, în absența oricărei cauze organice. Ele se pot prezenta într-o nesfârșită varietate clinică de la mișcări simple (clipit, tuse, ridicări de umăr etc.) până la acte cu un grad mai mare de complexitate. Ticurile sunt amplificate de anxietate, emoții, stări conflictuale și diminuă atunci când subiectul este liniștit. Apar în tulburări anxioase, obsesiv-compulsive, la structurile psihastenice. Ca o variantă particulară amintim aici ***sindromul Gilles de la Tourette*** (boala ticurilor), reprezentat de asocierea unor ticuri multiple afectând în special regiunea capului și membrele la care se adaugă ticuri vocale (plescăituri, mormăituri, etc.) și impulsiunea irezistibilă de a rosti obscenități (coprolalie).

Manierismul este reprezentat de mișcări parazitare care accentuează inutil expresivitatea gesticii dându-i o configurație artificială. Se întâlnește în simulație și ca un semn de mare valoare în schizofrenie, isterie.

Bizareriile gestuale reprezintă o formă exagerată a manierismului gestualitatea fiind încărcată de o simbolistică din ce în ce mai incomprehensibilă.

Negativismul se caracterizează prin rezistența subiectului la orice solicitare exterioară, prin refuzul stabilirii comunicării. Se întâlnește în schizofrenie dar poate exista într-o formă incomplet exprimată și având o altă semnificație, în întârzierile mintale, stările confuzionale și depresie.

Stereotipiile sunt conduite repetitive, atitudinale sau gestuale cu caracter mai mult sau mai puțin simbolic și deci cu un grad mai mare de inteligibilitate. Majoritatea autorilor sunt de acord asupra existenței unui sens inițial al expresiei motorii deoarece actele au o logică în sine dar aceasta este inadecvată momentului actual. Se întâlnesc în schizofrenii, oligofrenii, demențe, afecțiuni neurologice cronice.

Perseverările se traduc prin persistența anumitor atitudini și gesturi care se repetă iterativ, când nu mai sunt justificate de o situație sau de o comandă sau se întâlnesc în tulburările demențiale în oligofrenii, în schizofrenie.

CONDUITA MOTORIE ȘI TULBURĂRILE EI

Activitatea motorie reprezintă o succesiune de acte care urmăresc realizarea unui scop definit. În realizarea ei concură integritatea efectorilor cu sistemul motivațional volițional, capacitatea anticipativ decizională, claritatea câmpului de conștiință. Numeroși factori pot contribui la dezorganizarea ei realizând astfel o serie de manifestări pe care încercăm să le sistematizăm astfel:

Dezorganizarea conduitelor motorii este reprezentată de:

Agitaţie – reprezintă o dezorganizare globală a conduitelor motorii, fiind de regulă corelată cu dezorganizarea ierarhizării instanţelor psihice şi concretizându-se în acte motorii necoordonate care se desfăşoară aleatoriu şi care se diferenţiază după structurile psihopatologice de care depind. Stările de agitaţie se diferenţiază după amploarea şi intensitatea lor, căpătând o anumită specificitate în funcţie de etiologia lor. Ele se întâlnesc: în stările confuzionale, stările maniacale, schizofrenie, epilepsie.

Inhibiţia motorie – este caracterizată prin încetinirea până la dispariţie a activităţii motorii însoţită de regulă de tulburări în discursivitatea gândirii şi ale comunicării non-verbale. Se întâlneşte în stările reziduale, în depresii de diferite intensităţi, în schizofrenii, forma catatonică şi după tratament neuroleptic.

Catatonia este o dezintegrare a conduitei psihomotorii prin lipsă de iniţiativă motorie, tradusă prin catalepsie, inadecvare completă a mişcărilor, reducerea lor la un nivel semiautomat şi stereotip se întâlneşte în stările toxico-septice, encefalite acute şi subacute, sifilis central, paralizie centrală progresivă, intoxicaţii, tumori cerebrale, schizofrenie, depresie majoră.

Sindromul catatonic grupează o serie de fenomene psihomotorii: catalepsia, flexibilitate ceroasă, parakinezii, la care se adaugă negativismul şi sugestibilitatea ca şi o serie de tulburări neurovegetative.

TULBURĂRILE AFECTIVITĂŢII

Afectivitatea reprezintă ansamblul însuşirilor psihice, care asigură reflectarea subiectivă a concordanţei dintre realitatea interioară şi cea externă, ca proces dinamic şi continuu.

Sunt puse astfel în rezonanţă două modalităţi: cea a subiectului şi cea a ambianţei pentru a crea un nuanţat ansamblu de trăiri unice şi irepetabil tocmai prin această dinamică personală specifică.

Trebuiesc notate două nivele ale afectivităţii sub raportul complexităţii şi motivaţiei care le generează:

- *afectivitatea bazală (holotimică)* căreia i-ar corespunde emotiile primare şi dispoziţia. Generarea acesteia porneşte de la motivaţii înnăscute, apropiate de viaţa instinctivă. Ele trec sub control voluntar, dar declanşarea lor necesită participarea instanţelor conştiinţei. Baza neurofiziologică este legată de formaţiunile subcorticale, iar cea biochimică ar fi reprezentată de funcţionarea neurotransmiţătorilor (noradrenalina, serotonină, dopamină).

Afectivitatea elaborată (catatimică - **H.W. Maier***)* căreia i-ar corespunde emoţiile secundare (pasiuni, sentimente). Acestea se formează în cadrul sistemului de condiţionare-învăţare, prin opţiuni axiologice, culturale şi sociale (estetice, etico-morale, filosofice, politice). Ele apar în strânsă legătură cu procesele gândirii (interpretare, evaluare, comparare, alegere) şi memoriei. Sentimentele şi pasiunile vin să se constituie astfel ca rezultantă complexă a unei serii de judecăţi valorice, de analize şi interpretări ale lumii. Nu mai este necesar să subliniem că baza neurofiziologică a acestora este nivelul cortical.

Cele două nivele – afectivitatea bazală și cea elaborată – nu acționează însă independent, organizarea afectivă globală rezultând din corelarea celor două componente, care nu reprezintă un proces liniar sau de sincronizare mecanică.

Stările de afect sunt manifestări explozive și cu efect dezorganizator asupra comportamentului, însoțite de modificări mimico-patomimice și tulburări vegetative de tip simpatic, polarizând câmpul conștiinței în jurul evenimentului conflictual și caracterizate prin inadecvarea răspunsului și a activității psihomotorii. Menționăm printre acestea furia și frica.

Tulburările dispoziției

Dispoziția este acel tonus afectiv fundamental, bogat în toate instanțele emoționale și instinctive, care dă fiecăreia din stările noastre sufletești o tonalitate agreabilă sau dezagreabilă, oscilând între cei doi poli extremi, ai plăcerii și ai suferinței (**J. Delay**). Deci dispoziția reprezintă polaritatea stărilor afectivității bazale într-un moment dat modificarea ei în sens patologic poartă numele de distimie.

Vom clasifica distimiile după intensitatea lor, în hipo- și hipertimii.

HIPOTIMIILE

Reprezintă scăderi în grade diferite ale tensiunii afective, traduse prin expresivitate, mimică redusă, răspuns comportamental sărac, rezonanță afectivă ștearsă.

INDIFERENȚA se traduce prin dezinteres pentru lumea exterioară și slabă modulare a paletei emoționale.

APATIA este caracterizată prin lipsa de tonalitate afectivă și dezinteres auto și allopsihic.

ATIMIA se caracterizează printr-o accentuată scădere de tonus și o rezonanță afectivă aproape nulă la evenimentele exterioare, care par a rămâne în mare măsură străine subiectului. Inexpresivitatea mimico-pantomimică este caracteristică.

HIPERTIMIILE

Reprezintă o creștere a încărcăturilor afective antrenând variații importante ale eutimiei, activității și comportamentului.

ANXIETATEA - a fost definită de **P. Janet** ca teamă fără obiect, manifestată prin neliniște psihomotorie, modificări vegetative și disfuncții comportamentale. Anxietatea are caracter de potențialitate, deformând trăirea prezentă în raport cu viitorul presimțit ca ostil și predeterminat ca atare.

Anxietatea patologică este distinctă față de neliniștea sau teama obișnuită, resimțită de orice subiect în fața unei situații noi sau cu un grad de dificultate sporit, al cărui răsunet asupra activității este pozitiv (concentrare, mobilizare a forțelor).

Anxietatea prezintă următoarele caracteristici:

- este nemotivată;
- se referă la un pericol iminent și nedeterminat, față de care apare o atitudine de așteptare (stare de alertă);

- este însoțită de convingerea neputinței și dezorganizării în fața pericolului;
- asocierea unei simptomatologii vegetative generatoare de disconfort somatic; se declanșează astfel un cerc vicios prin care anxietatea se autoîntreține.

Anxietatea se întâlnește în următoarele circumstanțe patologice: în reacții de intensitate nevrotică și psihotică, în neurastenii, în alte nevroze, în stări depresive, în psihoze, în sindromul de abstinență la toxicomani, în debutul psihozelor presenile și demențelor.

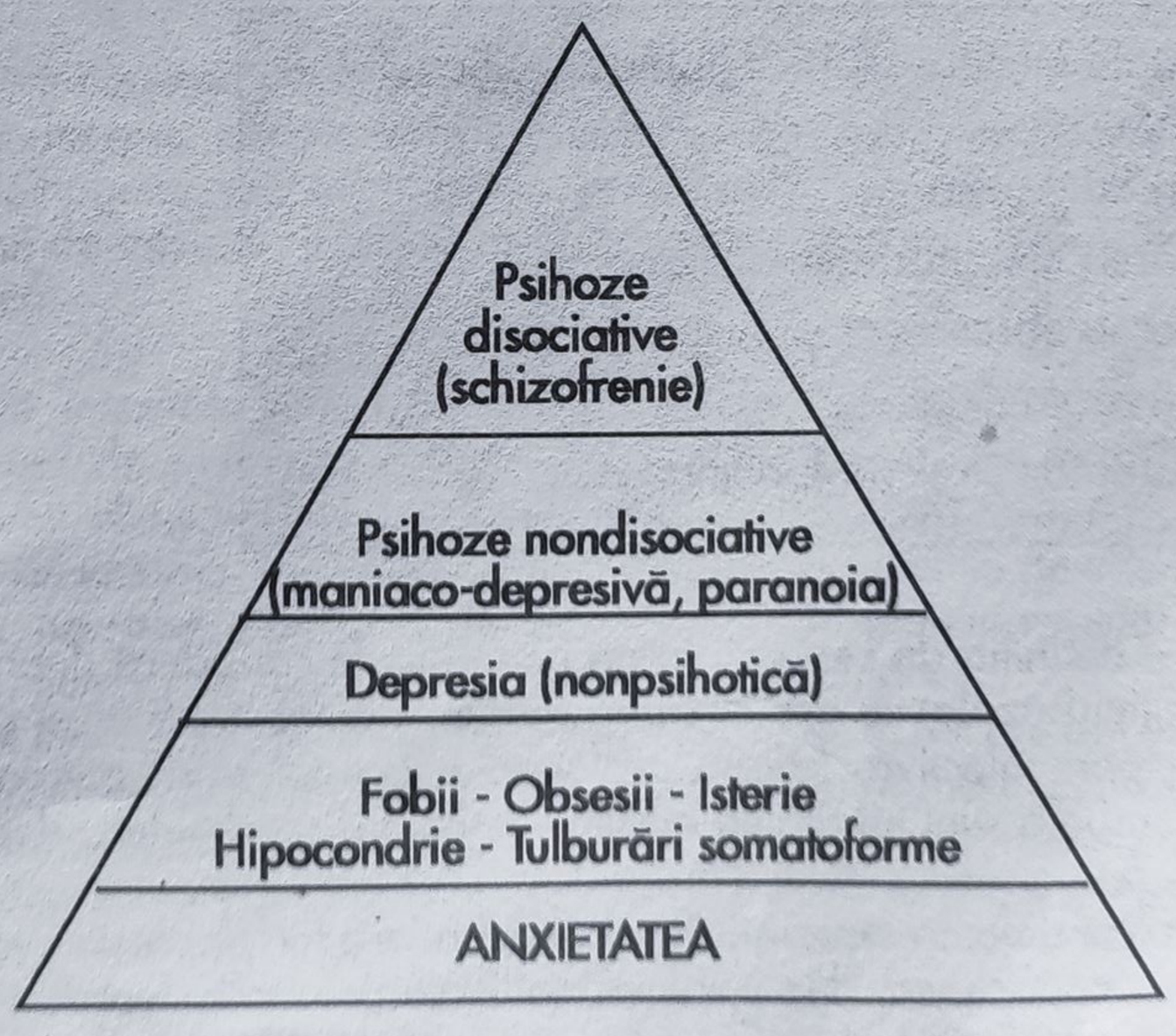
Anxietatea nevrotică – toate stările nevrotice au ca element comun prezența anxietății, care ocupă de obicei un loc important în tabloul simptomatologic.

Anxietatea psihotică - apare fie ca însoțitor al depresiei sau independentă de aceasta ca în schizofrenie și psihozele organice. Ea determină perturbări vegetative majore, ale instinctului alimentar și ritmului hipnic.

Raptusul anxios - poate apare în reacții acute de șoc sau psihoze, ca o izbucnire impulsivă, manifestată printr-o bruscă și intensă accentuare a stării anxioase, bolnavul putând face tentative suicidare sau mai rar acte heteroagresive.

Echivalențe somatice ale anxietății – recunoașterea acestor semne facilitează evidențierea anxietății, mai ales atunci când participarea bolnavului, dintr-un motiv sau altul, este redusă. Aceste semne sunt legate de excitarea sistemului nervos simpatic: paloarea feței, mimică tensionată, midriază, uscăciunea gurii, valuri de transpirație, tremor fin al extremităților, tahicardie, extrasistole, jenă precordială, anorexie, crampe abdominale, diaree, tahipnee, senzație de constricție toracică, micțiuni imperioase și frecvente, insomniile de adormire, creșteri tensionale, hiperglicemie și hiperlipemie.

LOCUL ANXIETĂȚII ÎN IERARHIA DIAGNOSTICĂ (TYRER 1984)



SIMPTOME ALE TULBURĂRII ANXIOASE

PSIHICE	- iritabilitate - anxietate anticipatorie - concentrare insuficientă
SOMATICE - gastro-intestinale:	- gura uscată, - dificultate în deglutiţie
- respiratorii:	- inspir dificil, - senzatie de constrictie toracica
- cardiovascular:	- palpitaţii - insuficienta erecţiei,
- genito-urinar:	- disconfort menstrual
- neuro-muscular:	- tremuraturi, - cefalee, - dureri musculare
TULBURĂRI DE SOMN:	- insomnie
ALTELE:	- depresie, idei obsesive

Tulburările anxioase (conform clasificării DSM-IV)

- Tulburările anxioase fobice (fobia specifică, fobia socială, agorafobia)
- Atacuri de panică
- Tulburarea anxioasă generalizată
- Tulburarea obsesiv-compulsivă
- Reacţia acută de stres
- Tulburarea de stres posttraumatică

DEPRESIA – definiţia de cea mai largă generalitate consideră depresia ca o prăbuşire a dispoziţiei bazale, cu actualizarea trăirilor neplăcute, triste şi ameninţătoare. Puternica participare afectivă, trăirea profundă a acestei stări, antrenarea comportamentală consensuală sunt tot atâtea argumente pentru a considera depresia o hipertimie negativă.

Aşa cum a fost definită anterior, depresia se referă la "depresia-simptom" şi definiţia nu este decât scolastică, deoarece în realitatea practică, depresia apare ca sindrom sau entitate nosologică.

În cele ce urmează, ne vom referi la acest al doilea aspect (sindrom), pe care-l vom defini, așa cum fac și alți autori, operațional, componentele sale fiind răsunetul ideativ, comportamental și somatic al tulburării afective.

Sindromul depresiv are drept componente definitorii dispoziția depresivă, încetinirea proceselor gândirii și lentoare psihomotorie, la care se adaugă o serie de simptome auxiliare de expresie somatică. Dispoziția depresivă este trăită ca "tristețe vitală" (**K. Schneider**), pierderea sentimentelor, golire și neliniște interioară, conținut perceptual cenușiu, nebulos uneori.

Încetinirea proceselor gândirii este exprimată de mono-ideism, incapacitate decizională, conținut depresiv, ruminații. Ideația poate lua forma ideilor delirante cu caracter de autocazare, vinovăție, inutilitate, ruină etc.depresivul trăiește o stagnare a timpului intim imanent, care se desincronizează de timpul real; această oprire a timpului trăit marchează ansamblul tulburărilor depresive, bolnavul prezentând o incapacitate de actiune autentică (**A.Tatossian**).

Lentoarea psihomotorie este caracterizată de încetinirea mișcărilor, scăderea expresiei și mobilității mimice (hipo sau amimie), dificultate de verbalizare, tendința de a se complace în activități fără scop (inerție psihomotorie).

Simptome auxiliare de expresie somatică: se traduc printr-o tulburare a sentimentelor vitale (a vitalității) - astenie, lipsă de vigoare fizică, insomnii, anorexie și scădere în greutate, tulburări ale dinamicii sexuale.

Tulburările somatice sunt legate de hiperactivitatea simpatică dublată de inhibiția parasimpatică: hiposalivație, dureri epigastrice, meteorism, constipație sau diaree, greutăți în respirație, disconfort precordial, tulburări de ritm cardiac, extrasistole, ameteli, cefalee, durei difuze în regiunea tractului uro-genital.

Depresia este cel mai frecvent întâlnit fenomen psihopatologic în practica psihiatrică și nu numai în aceasta.

Kielholz stabilește o clasificare în care îmbină criteriul nosologic cu cel etiologic. Se descriu astfel:

- depresii somatogene: organice, simptomatice;
- depresii endogene: schizoafective, bipolare, unipolare, involuționale;
- depresii psihogene: nevrotice, depresia de epuizare, reactive.

După gradul de intensitate a depresiei, se poate descrie o depresie nevrotică și o depresie psihotică.

Depresia de intesitate nevrotică este declanșată psihogen și se manifestă sub aspectul unor stări de tristețe prelungită, lipsă de initiativă, intolerantă la frustrare, scăderea apetitului alimentar, insomnii, tulburări de dinamică sexuală, iritabilitate, la care se adaugă anxietatea. Depresia nevrotică apare în reacțiile de intensitate nevrotică, neurastenie, nevroza depresivă, în decompensările personalităților psihastenice, isterice, afective, în stări de epuizare și depresiile simptomatice.

Depresia de intensitate psihotică - în depresia psihotică, fiecare din elementele constitutive ale sindromului depresiv ating intensitatea maximă, modificând personalitatea și comportamentul în sens psihotic.

Dispoziția depresivă este trăită ca un vid, ca o lipsă totală a contactului și rezonanței afective cu lumea, pe care subiectul o resimte dureros: această "anestezie afectivă", se manifestă ca un veritabil baraj în fața exprimării sau perceperii sentimentelor proprii, care-l duce la pierderea interesului petru lucruri și oameni.

Încetinirea proceselor gândirii se manifestă prin bradipsie şi sărăcirea conţinutului ideativ, incapacitate de evocare şi sinteză, hipoproxexie; asociaţiile sunt dificile, imaginaţia redusă, hipermnezie selectivă însoţită de ruminaţii. Producţia verbală traduce în mare măsură inhibiţia intelectuală, fiind încetinită, ajungând uneori până la mutism. Scăderea preformanţelor intelectuale, prezenţa anesteziei psihice îi generează depresivului setimente de autodepreciere şi durere morală. Acestea vor genera, la rândul lor, idei de autoacuzare, inutilitate, deschid calea către ideile suicidare şi trecerea la act. Nemaiputându-şi imagina viitorul, pacientul pierde orice dimensiune a realităţii, are stări de derealizare şi depersonalizare.

Pe plan psihomotor pacientul poate prezenta o inhibiţie profundă, mergând până la imposibilitatea de a se deplasa; activitatea spontană este redusă la minimum.

Atunci când depresia se însoţeşte de anxietate, tensiunea psihică insuportabilă se poate manifesta printr-o nelinişte motorie, agitaţie, atingând paroxismul în raptusul depresiv, care se însoţeşte de acte impulsive, auto- şi mai rar heteroagresive.

Tentativa de sinucidere şi suicidul - depresia de intensitate psihotică este una din cauzele cele mai frecvente ale comportamentului suicidar. Ea apare fie ca o descărcare a tensiunii psihice insuportabile, fie ca o soluţie univocă în faţa eşecului existenţial aparent, generat de trăirea ideilor delirante depresive. Deseori disimulată, pregătită minuţios, trecerea la act este hotărâtă, violentă, solitară, demostrând autenticitatea dorinţei de autodistrugere (defenestrare, spâzurare, înec).

Depresia mascată - termenul se foloseşte de la sfârşitul anilor '20 fiind aplicat de **Lange** depresiilor endogene, cu dominantă copleşitoare a simptomelor fizice. Observaţiile ulterioare au stabilit existenţa sa şi în depresiile psihogene. În 1973 este definit ca *"boală depresivă în care simptomele somatice ocupă primul plan sau în care simptomele psihice sunt în planul secund (ca substrat)"*.

DEPRESIA ÎN BOLILE SOMATICE

Simptome depresive semnificative clinic sunt decelabile la aproximativ 12 până la 36% dintre pacienţii cu alte afecţiuni nonpsihiatrice. Aşadar cei mai mulţi pacienţi cu o suferinţă somatică nu au depresie.

Dacă este prezentă o tulburare depresivă atunci aceasta trebuie abordată ca o condiţie independentă (posibil precipitată de vulnerabilitatea biologică sau psihologică a individului) care trebuie separat tratată.

Nu este corectă atitudinea unor medici care consideră că este bine să trateze în primul rând şi/sau numai tulburarea somatică şi, apoi "după rezolvarea acesteia" să orienteze bolnavul către un pshihiatru.

Depresia trebuie şi ea căutată şi investigată; astfel că nu se recomandă realizarea unui diagnostic prin excludere.

Atunci când o tulburare depresivă apare împreună cu o suferinţă somatică, sunt câteva explicaţii posibile:

- Suferinţa medicală generală provoacă în mod biologic depresie, de exemplu hipotiroidia determină depresie;
- Suferinţa somatică declanşează depresia la persoane vulnerabile genetic pentru depresie; exemplu boala Cushing poate precipita un episod depresiv major;
- Suferinţa somatică produce psihologic depresia; de exemplu un pacient cu cancer devine depresiv în mod reactiv, ca o reacţie la prognotic, la durere şi invaliditate;
- Suferinţa somatică şi depresia nu sunt corelate, sunt independente.

ESTE IMPORTANT CA PRACTICIANUL SĂ FACĂ ACESTE DIFERENŢE

Noțiunea de suicid tinde să fie înlocuită cu cea de conduită suicidară, care înglobează suicidul reușit, tentativele suicidare, ideile de sinucidere, sindromul presuicidar.

Suicidul (de la sui = de sine și cidium = omorâtor) semnifică „orice caz în care moartea rezultă direct sau indirect dintr-un act pozitiv sau negativ, făcut de victima însăși, care știe că trebuie să producă acest rezultat" (**Durkheim**).

Substituirea probabilului și posibilului cu neantul, cu nonsemnificativul, demonstrează că sinuciderea nu este o opțiune, ci mai degrabă negarea totală a posibilității de a alege.

Tentativele suicidare sunt aparent sinucideri ratate din motive tehnice (mijloace de sinucidere inadecvate sau fortuite, intervenția unor persoane străine). Datele statistice arată însă că există diferențe semnificative în ceea ce privește vârsta și sexul celor care nu reușesc.

Tentativa suicidară pare a avea cel mai adesea semnificația unei nevoi crescute de afecțiune și atenție din partea anturajului, față de care subiectul se simte izolat, subestimat, respins. Tentativa de sinucidere poate fi repetată.

Sindromul presuicidar a fost descris de Ringel ca fiind caracterizat prin restrângerea câmpului de conștiință și afectivității și înclinația către fantasmele suicidului.

Mulți autori susțin dificultatea punerii în evidență a sindromului presuicidar, unii atribuindu-l unei predispoziții de ordin caracterial.

Conduitele pseudosuicidare (falsele suiciduri)

Din definiția suicidului citată de noi, rezultă că se consideră ca atare acest act, atunci când subiectul îi evaluează consecințele. Implicit, nu vor fi cuprinse în această categorie decesele survenite în timpul stărilor confuzionale (care sunt accidentale), sinuciderea halucinatorie imperativă din stările crepusculare epileptice, și cea din stările demențiale.

Nu am inclus în cadrul conduitelor suicidare echivalentele suicidare, din care menționăm automutilările, refuzul alimentar, refuzul tratamentului și așa-numitele sinucideri cronice (alcoolismul și toxicomaniile), ele asemănându-se prin caracterul simbolic prin tendința la autodistrugere cu comportamentul suicidar, dar realizând o deturnare, de ultim moment, de la explicitarea pentru sine și pentru ceilalți a actului.

Disforiile sunt stări dispoziționale de tip depresiv asociate cu disconfort somatic și excitabilitate crescută. Agresivitatea și impulsivitatea subiectului este crescută, determinând uneori un comportament coleros; la acestea se adaugă deseori logoreea și anxietatea. Se întâlnește în stările psihopatoide (posttraumatice, postencefalitice, toxice), comitialitate, stările mixte din psihozele afective.

Euforia – este reprezentată de o creștere a dispoziției având o tonalitate afectivă pozitivă, expansivă (hipertimie pozitivă). Ca și în cazul depresiei trebuie operată o distincție între euforia (veselia) normală, și cea patologică.

Ca și depresia, cea de a doua nu apare izolată, ci în cadrul unui sindrom a cărui bază psihodinamică este sindromul maniacal.

Sindromul maniacal are drept componente definitorii dispozitia euforică, accelerarea proceselor gândirii, excitație psihomotorie, la care se adaugă o serie de simptome de expresie somatică.

Dispoziția euforică este caracterizată prin bucuria de a trăi, optimism debordant, sentimente de omnipotență și încredere nelimitată în forțele proprii. Toate acestea se

însoțesc aproape întotdeauna de o vie excitație eroticã, contrastând uneori cu comportamentul anterior al subiectului, cu vârsta, cu date biologice obiective.

Dispoziția euforicã are o mare labilitate spre deosebire de cea depresivã, bolnavul trecând rapid de la bucurie la stări de plâns, furie și chiar agresivitate.

Accelerarea proceselor gândirii se manifestă prin accelerarea ritmului gândirii (tahipsihie), accelerarea reprezentărilor mintale, fugă de idei, cu asociații de idei superficiale, făcute într-un mod elementar (asonanță, rime, jocuri de cuvinte), hipoprosexie cu aparentă hiperprosexie spontanã. Exaltarea imaginativă dă naștere unor adevărate producții pseudodelirante – idei de invenție, de grandoare, mistice, în care însă bolnavul nu crede cu seriozitate. Limbajul reflectă dezorganizarea gândirii maniacale, abundă în jocuri de cuvinte, onomatopee, ironii, înlănțuite la întâmplare într-un flux continuu.

Sindromul hipomaniacal este o formă atenuată, benignă a sindromului maniacal. A fost uneori descris ca unul din polii personalităților afective.

TULBURĂRI ALE DINAMICII DISPOZIȚIONALE sunt fluctuațiile pe care le suferă dispoziția, schimbările de tonalitate, de la un interval de timp la altul, sunt după unii autori, date genetice care se înscriu ca specifice în nota personală, individuală. Stabilitatea emoțională, scăzută la copil, se desăvârșește pe măsura maturizării atingând nivelul optim al adultului.

Rigiditatea afectivă este reprezentată de conservarea în timp, contradictorie cu schimbările obiective, situaționale, a unei structuri afective. Aceasta se traduce în principal printr-o disfuncție majoră a personalității, antrenând o "rigidificare" a sistemului de credințe și valori, motivații, etc. care duc la o echilibrare neadecvată la solicitările externe. Se întâlnește la unele personalități dizarmonice.

Labilitatea emoțională se caracterizează prin variații dispoziționale frecvente, lipsite de contextualitate, sau dimpotrivă fiind legate doar de starea afectivă a celor din jur (poikilotimie). Se întâlneste în stările maniacale, oligofrenii, hipertiroidii, debutul unor demențe, PGP, la unele personalități dizarmonice (isterice, afective).

TULBURĂRI ALE EMOȚIILOR ELABORATE

Paratimiile – modificări predominant calitative ale emoțiilor elaborate, caracterizate prin inadecvarea extremă în raport cu contextul situațional al dispozițiilor, sentimentelor, trăirilor afective. Se întâlnesc în stări reactive, psihoze schizofrenice, tulburări de involuție, parafrenie.

Inversiunea afectivă se manifestă ca o schimbare a sentimentelor, pozitive, firești, avute de subiect anterior îmbolnăvirii, față de persoane apropiate din familie. Se întâlnește în schizofrenii, parafrenii, delirul de gelozie și rar în paranoia.

Ambivalența afectivă constă în trăirea simultană a două sentimente antagoniste (dragoste-ură, dorință-teamă) într-un amestec indestructibil. Se întâlnește în schizofrenie și uneori în tulburările involutive.

Fobiile

Fobia este frica specifică, intensă declanșată de un obiect sau o situație, care nu au prin ele însele un caracter periculos, cu caracter irațional recunoscut ca atare și care nu poate fi controlat volitiv. Proiecții ale anxietății, fobiile pot invada oricare din

obiectele și situațiile realității de care experiența individuală se leagă într-un mod oarecare.

Astfel, după **Mallet** relicvele fricilor din prima copilărie sunt fobiile de animale mari, iar cele din a doua copilărie-de animale mici și insecte.

Dacă în cazul anxietății, teama nu avea obiect, în fobie ea capătă caracter specific (formă, nume, localizare).

Considerăm clasificarea lor în cadrul tulburărilor de afectivitate ca pertinentă și corespunzătoare conținutului psihopatologic dominant.

Fobiile au fost denumite cu echivalente grecesti (**Pitres** și **Regis**). O încercare de sistematizare după conținutul lor este cel puțin temerară ca orice încercare de sistematizare a lumii reale ca întreg.

Le vom nota pe cele mai frecvente: de locuri, spațiu, de contacte interumane, de animale, de boli.

La această clasificare putem adăuga pantofobia care desemnează o teamă difuză provocată de orice obiect sau eveniment, întâlnită în nevroza anxioasă și în delirurile alcoolice acute și subacute.

Fobiile pot fi considerate normale la copii dacă rămân discrete, la debilii mintali (nu au aceeasi semnificație) dar devin patologice în: nevroza fobică, la personalitatea psihastenică decompensată, în psihoze depresive, debutul schizofreniilor și în bolile psihice ale involuției.

Conduitele de evitare sunt comportamente menite să asigure evitarea situației fobice de către subiect, deoarece acestea îi provoacă trăirile anxioase neplăcute. Menționăm totuși că aceste conduite de evitare au un caracter limitat, bazându-se numai pe posibilitatea anticipativă a subiectului în legătură cu situația fobogenă.

Extazul

Este o stare paroxistică de bucurie intensă, în timpul căreia subiectul rupe comunicarea cu mediul, însoțită de o pantomimică exprimând această trăire inaccesibilă celorlalți. Se întâlnește în isterie, oligofrenie, deliruri cronice cu tematică mistică, schizofrenie, epilepsie. Este necesar a nu fi etichetat gresit extazul psihogen-reacția de bucurie la o mare reușită care de asemenea rupe comunicarea cu mediul întocmai ca o secusă.

Instinctele

Instinctele sunt complexe de însușiri înnăscute și moștenite ereditar, corespunzând trebuințelor biologice ale individului și determinând comportamente specifice, pe bază nerurofiziologică complexă și prestabilită. Ele au drept propietate fundamentală păstrarea însușirilor specifice speciei, păstrarea integrității structurale și functionale a individului. La om, comportamentul instinctual suferă o diferențiere calitativă, fiind pus sub controlul proceselor volitionale și în acord cu convenientele sociale.

TULBURĂRILE COMPORTAMENTULUI ALIMENTAR

Comportamentul alimentar corespunde satisfacerii cererii energetice a organismului, fiind reglat de centrii hipotalamici integrați la nivelul rinencefalului, substanței reticulate și în final, al cortexului, al cărui rol se referă la aspectele mai elaborate ale acestuia. În aparență simplu, comportamentul alimentar „este instrumentul original și primar

al însoțirii dintre om și natură , este prima sa relație vitală" (Tremolières), de aceea tulburările sale au întotdeauna semnificație psihopatologică.

Exagerarea instinctului alimentar

Bulimia este o exagerare a nevoii de hrană, în care foamea nu poate fi satisfăcută. Se întâlnește în stările de excitație maniacală, stări anxioase, depresii, tumori diencefalice.

Polifagia este o creștere a apetitului, însoțită de ingerarea unor materii nealimentare, având aspectul unei lăcomii excesive (voracitate). Se întâlnește în întârzierile mintale grave, demențele de toate tipurile, unele schizofrenii și rar în tulburările severe de personalitate.

Potomania este o exagerare a cantității de lichide ingerate, în absența unei cauze organice (diabet insipid, diabet zaharat). Se întâlnește în tulburări de personalitate de tip isteric, border-line.

Dipsomania constă în nevoia imperioasă de a consuma alcool, care apare cu caracter periodic. Bolnavul poate să nu fie un alcoolic, iar de multe ori este chiar abstinent (Bleuler) în intervalele dintre accesele dipsomanice.

Anorexia

Este o scădere până la absență a apetitului alimentar însoțită de reducerea cantității de alimente pe care subiectul le ingeră. Poate apare într-o serie de circumstanțe în care are semnificații deosebite:

Anorexia mintală (esențială, a tinerelor fete) a fost descrisă în 1873 de către **Lasègue** și se caracterizează prin lipsa apetitului, scădere ponderală și o stare psihică particulară. Condițiile deosebite în care aceasta apare – tinere de 15-18 ani care-și minimalizează slăbirea, păstrându-și prin contrast activitatea normalăm adesea chiar amplificându-și-o. Sugerează un refuz inconștient în acceptarea unui nou statut psihosomatic, o teamă de propria feminitate. Se întâlnește la adolescente cu tulburări particulare de personalitate (isterice, obsesionale sau schizoide), uneori însă poate fi posibilă poartă de intrare într-o psihoză schizofrenică.

Bulimia-anorexie este o tulburare a comportamentului alimentar caracterizată prin accese incoercibile de foame excesivă cu ingerarea unor mari cantități de hrană urmată de vomismente provocate. Subiectul face repetate tentative de slăbire prin regim sau diferite medicamente. Alternanța de episoade bulimie-anorexie a fost numită de unii autori *bulimiarexie*. Cadrul nosologic al acestei tulburări este greu de definit.

Anorexiile nevrotice sunt scăderi ale apetitului a căror semnificație reiese numai din context. Astfel, în isterie, scăderea ponderală este a conduitei restrictive la care se supune subiectul, în comparatie cu „excesele" celorlalți; în hipocondrie, este însoțită de plângeri hipocondriace și o selectivitate „medical-științifică" în alegerea sau în respingerea alimentelor; în stările anxioase, neliniștea poate pur și simplu împiedica subiectul să se alimenteze, în stările fobice și obsesive, unde fobia de îngrășare este însoțită de o luptă anxioasă permanentă (lungi perioade restrictive întretăiate de excese bulimice culpabilizatoare), în stările depresive putându-se ajunge până la refuz alimentar.

CAPITOLUL 8

DE LA PSIHOSOMATICĂ LA SOMATIZARE O VIZIUNE INTEGRATIVĂ ÎN MEDICINĂ

Omul sănătos își trăiește corpul fără să se gândească la el.

Karl Jaspers

Definiții și cadru conceptual
Somatizarea între psihanaliză și neurobiologie
Somatizare și medicină psihosomatică
Grupa tulburări somatoforme în DSM-IV
Tulburări somatoforme și normativitate
Afectivitatea negativă și somatizarea
Somatizare și conștiință
Somatizarea - un comportament în fața bolii
Genetică și somatizare
Somatizare și personalitate
Posibile modele ale somatizării
    Somatizarea ca mecanism de apărare psihologic
    Somatizarea ca amplificare nespecifică a suferinței
    Somatizarea ca tendință de a apela la îngrijiri medicale
    Somatizarea ca o consecință a suprautilizării asistenței medicale
Etiologie și ontologie în somatizare
Fiziologie și psihiatrie în determinarea simptomelor funcționale
Factorii psiho-sociali și somatizarea
Comorbiditate și somatizare
Nosografie și somatizare
Antropologie și somatizare

O mare varietate de acuze somatice care antrenează convingerea pacienților că ei sunt suferinzi din punct de vedere corporal, în ciuda unor probleme emoționale sau psihosociale demonstrabile, rămâne în afara unei posibilități de definire clare. Disconfortul somatic nu își are explicație sau are una parțială, în ciuda convingerii cvasiu-

nanime a pacientului că suferinţele lui îşi au originea într-o boală definibilă care îl determină să ceară ajutor medical şi care îi determină incapacitatea şi handicapul (**Lipowski, 1968; Kleinman, 1977; Katon, 1982; Kirmayer, 1984; Kellner, 1990**).

Manualul DSM-IV (1994) subliniază că trăsătura comună a tulburărilor somatoforme este prezenţa simptomelor fizice, care sugerează o afecţiune aparţinând medicinii interne, dar care nu poate fi pe deplin explicată de o situaţie aparţinând medicinii generale, de efectele directe ale unei substanţe sau de altă tulburare mintală (cum ar fi atacurile de panică). În contrast cu simularea, simptomele somatice nu sunt sub control voluntar. Tulburările somatoforme diferă şi de simptomele psihice consecutive unei afecţiuni medicale prin aceea că nu există nici o situaţie medicală care să poată fi considerată ca pe deplin responsabilă pentru simptomele somatice. Cei mai mulţi autori afirmă că acest concept, care grupează situaţii diferite, are drept numitor comun disconfortul corporal neexplicat, generat de probleme psihiatrice, psihologice sau sociale. Prin numeroasele sale aspecte, somatizarea este problema comună a unui număr mare de probleme medicale (**Ford, 1983**). În mod cu totul paradoxal somatizarea este o problemă majoră de sănătate publică, simptomele funcţionale fiind printre primele cauze de incapacitate de muncă şi incapacitate socială. Tot în sfera sănătăţii publice intră şi faptul că pacienţii cu simptome somatice neexplicate, recurente, sunt adesea investigaţi *in extenso*, spitalizaţi, supuşi unor proceduri de diagnostic invazive, unor tratamente medicale în care polipragmazia se împleteşte cu metode recuperatorii costisitoare şi care creează boli iatrogene adeseori mai grave decât presupusele boli somatoforme.

SOMATIZAREA ÎNTRE PSIHANALIZĂ ŞI NEUROBIOLOGIE

Problema somatizării i-a determinat cu mai bine de un secol în urmă pe **Freud** şi **Breuer** să dezvolte conceptele de inconştient, conflict, apărare şi rezistenţă.

În epoca victoriană, simptomele somatice neexplicabile erau considerate semne exterioare ale unor tulburări psihologice subiacente (bazale). Insistenţa permanentă a pacienţilor, care cereau recunoaşterea naturii somatice a simptomelor lor, a fost considerată un mecanism de apărare împotriva cauzelor psihice care stau de fapt la originea lor. Psihanaliza, ca şi restul psihiatriei, au mutat în cele din urmă accentul pe tulburările psihiatrice presupuse a determina isteria şi somatizarea. Deşi în următoarea sută de ani au intervenit schimbări dramatice în înţelegerea mecanismelor şi a tratamentului bolilor mintale, înţelegerea procesului de somatizare a făcut doar paşi minori faţă de nivelul atins în secolul trecut. Mai mult, pacienţii cu tulburări de somatizare păstrează aceeaşi reticenţă, scepticism şi sentimente de frustrare faţă de explicaţiile psihologice care li se dau.

Încercarea medicului de înţelegere a simptomelor somatice neexplicate ca manifestări ale conflictelor inconştiente, ale modelelor comportamentale sau disfuncţionalităţilor familiale, se loveşte din partea pacientului de sentimentul că nu este înţeles ca şi în cazul în care aceste tulburări corporale sunt puse pe seama perturbării neurotransmiţătorilor (**G.E. Simon, 1993**). Ca şi în vremea încercărilor lui **Freud** de a explica isteria, pacienţii actuali cu simptome somatice neexplicate, privesc eforturile clinice şi ştiinţifice drept nefolositoare, iar publicaţiile unor organizaţii de suport ale bolnavilor

cu astfel de tulburări (encefalită mialgică, sindrom de oboseală cronică) sunt vehement critice la adresa celor care îndrăznesc să lege aceste condiţii de depresie sau suferinţă psihologică (**Jackson, 1988**). Majoritatea definiţiilor somatizării includ presupunerea că simptomele somatice neexplicate ar rezulta dintr-un disconfort (suferinţa psihologică latentă), (**H.I. Kaplan şi B.J. Shadock, 1989**). Este evidentă şi încurcătura manualelor „ateoretice" DSM-III-R şi DSM-IV care, lucru fără precedent, admit „prezumţia clară că simptomele sunt legate de factori sau conflicte psihologice", deci fac referiri la procese psihodinamice.

SOMATIZARE ŞI MEDICINĂ PSIHOSOMATICĂ

Dacă momentul actual pare să fie cel al unei extensii neobişnuite în ceea ce priveşte conceptul de somatizare, el îşi poate găsi explicaţia nu doar în buna încercare de circumscriere a acestei realităţi, ci şi revenirii psihiatriei în spitalele cu profil general şi drept consecinţă a renaşterii psihiatriei în consultanţa interdisciplinară ca şi unei reintegrări a psihiatriei la un nivel acceptabil în echipa medicală sau, chiar mai mult, în cea medico-chirurgicală.

Somatizarea pare să ia locul medicinii psihosomatice care se ocupă prin tradiţie de investigarea şi tratarea determinanţilor psihologici ai bolii. Încercând să studieze rolul conflictelor psihologice specifice şi a dimensiunilor personalităţii în boală, teoria psihodinamică a supravieţuit cu greu (după unii chiar a sucombat) aspiraţiilor şi veleităţilor sale şi chiar mai mult, a avut efectul nefericit de a orienta anumiţi clinicieni spre a considera unele boli ca fiind în mod esenţial psihosomatice. La pierderea de viteză a psihosomaticii au contribuit datele contemporane de epidemiologie şi psihofiziologie care au evidenţiat rolul stresului asupra cauzelor şi cursului bolii ca şi prezenţa ubicuitară a acestuia. Mai mult, DSM-III a trebuit să recunoască faptul inexistenţei unei clase unice de tulburări psihosomatice admiţând în cazuri clinice particulare rolul jucat de factorii psihosociali în determinarea sau agravarea stării pacientului. **J.L.Kirmayer** şi **J.M.Robins** consideră că termenul de psihosomatic ar putea fi aplicat mai degrabă unor situaţii clinice decât unor anumite categorii de boală, în acest fel, medicii fiind încurajaţi să ia în discuţie procesul psihosomatic ca o dimensiune specifică a bolii. Saltul de la teoria psihosomatică, centrată pe cauza bolii, la somatizare, preocupată de expresia bolii şi de trăirea bolii, se materializează în reformularea definiţiei originale a lui **Lipowski (1988)**.

GRUPA TULBURĂRILOR SOMATOFORME ÎN DSM-IV

DSM-IV înscrie în grupa tulburărilor somatoforme următoarele categorii:

- **tulburarea de somatizare** (care din punct de vedere istoric se referea la isterie sau sindromul Briquet) este o tulburare polisimptomatică care debutează înaintea vârstei de 30 de ani, evoluează mai mulţi ani şi se caracterizează printr-o combinaţie de durere şi simptome gastro-intestinale, sexuale şi pseudo-neurologice;
- **tulburarea somatoformă** nediferenţiată se caracterizează printr-o suferinţă fizică inexplicabilă care durează cel puţin 6 luni şi se situează sub limita diagnosticului de tulburare de somatizare;

- **tulburările de conversie** implică simptome inexplicabile sau deficite care afectează motricitatea voluntară sau funcţia senzorială sau sugerând o situaţie neurologică sau alte situaţie de medicină generală. Factorii psihologici se apreciază că sunt asociaţi cu simptomele sau deficitele;

- **tulburările durerii** (tulburări somatoforme de tip algic) sunt caracterizate prin dureri care focalizează predominant atenţia clinică. În plus, factorii psihologici sunt apreciaţi ca având un rol important în instalarea tulburării, severităţii, agravării sau menţinerii ei;

- **hipocondria** este preocuparea privind teama de a avea o boală gravă, bazată pe greşita interpretare a simptomelor corporale sau a funcţiilor corporale;

- **tulburarea dismorfofobică** este preocuparea pentru un defect corporal imaginar sau exagerarea unuia existent.

TULBURĂRI SOMATOFORME ŞI NORMATIVITATE

Chiar dacă s-au făcut eforturi de definire nenormativă a tulburărilor somatoforme, conceptele somatizării rămân sub semnul normativităţii, astfel hipocondria va fi teama disproporţionată de boală, dar aceasta după standardele sociale ale unui loc sau altuia. Valori ca stoicismul, autocontrolul, ingenuitatea, negarea, joacă un rol evident. Acelaşi lucru este valabil şi în ceea ce priveşte dismorfofobia. Un luptător sumo este cu totul altceva, ca termen de referinţă socio-culturală, decât topmodelele societăţii occidentale.

Judecarea clinică a faptului că un pacient somatizează sau nu, este de asemenea deschisă unei largi categorii de factori sociali fără nici o legătură evidentă cu boala, între care se înscriu interferenţele legate de atitudinea şi concepţia medicală şi a instituţiilor de asistenţă. În sfârşit, numeroase studii se referă la conceperea somatizării ca un comportament faţă de boală direcţionat spre exterior, către procese interpersonale şi factori structurali sociali. O serie de cercetători în domeniul antropologiei medicale au evidenţiat într-o manieră clară modurile în care limbajul (idiomul) corporal de suferinţă serveşte drept mijloc simbolic atât în reglarea unor situaţii sociale cât şi ca protest sau contestaţie (**Scherper-Huyges şi Lock, 1987**).

AFECTIVITATEA NEGATIVĂ ŞI SOMATIZAREA

Un mare număr de lucrări au fost consacrate bazelor dispoziţionale ale somatizării şi rolului afectivităţii negative. Cercetările lui **Costa** şi **McCraie** (1987) şi **Watson** şi **Pennebaker** (1989), au fost centrate pe o stare sufletească considerată de autor ca „afectivitate negativă" (A.N.). Subiecţii cu A.N. au nivel înalt de disconfort şi insatisfacţie, sunt introspectivi, stăruie asupra eşecurilor şi greşelilor lor, tind să fie negativişti, concentrându-se asupra aspectelor negative ale celorlalţi şi ale lor. Afectivitatea negativă are trăsături similare cu alte tipologii dispoziţionale cum ar fi nevroticismul, anxietatea, pesimismul, maladaptivitatea.

Afectivitatea pozitivă ar fi contrariul celei negative, asociată cu extraversia, nivelul energetic crescut, nivelul de activitate superior. O serie de scale pot evalua afectivitatea negativă: scala de emotivitate negativă (***Negative Emotionality Scale-NEM***), din ches-

tionarul de personalitate **Tellegen** (***Tellegens Multiple Personality Questionnaire***), scala N.A. din scalele de afectivitate pozitivă și negativă (***Positive and Negative Affectivity Scales-PANAS***). Cercetări foarte recente arată că indivizii cu afectivitate negativă intensă par să fie hipervigilenți în privința propriului corp și au un prag redus în ceea ce privește sesizarea și raportarea senzațiilor somatice discrete. Viziunea pesimistă asupra lumii îi face să fie mai îngrijorați în privința implicațiilor situațiilor percepute și par să aibă un risc mai mare de somatizare și hipocondrie. Acești indivizi sunt mai predispuși să raporteze simptome în cursul tuturor situațiilor și de-a lungul unor îndelungate perioade de timp, stresorii situaționali trecători influențând doar în mică măsură această trăsătură stabilă de personalitate. Afectivitatea negativă este una din problemele care influențează negativ atât aprecierea asupra relatării simptomelor, cât și studiie clinice și de cercetare. După mulți cercetători, evaluarea ei ar trebui sistematic făcută în cazul bolilor de somatizare.

Mai mult, studii recente sugerează că tendința de a relata simptome și afectivitatea negativă sunt ereditare.

Studiile lui **Tellegen și colab.**de la Universitatea din Minessota au arătat că în 55% din cazuri trăsăturile afectivității negative pot fi atribuite factorilor genetici și numai în 2% din cazuri mediului familial comun.

SOMATIZARE ȘI CONȘTIINȚĂ

O altă coordonată a tulburărilor somatoforme este cea legată de modul în care sunt conștientizate și relatate simptomele somatice. Desigur că răspunsul la întrebarea dacă simptomele somatice nu au o corelare net fiziologică - atunci cum pot ele să apară, este pe cât de dificil pe atât de complex. O serie de autori (**James Pennebaker, D. Watson, J. Robbins, J.J. Gibson, Katkin, Whitehead și Drescher**) au căutat să evidențieze procesele psihologice care influențează conștientizarea și raportarea simptomelor somatice, precum și modul în care îmbunătățirea cunoașterii modului de relatare a simptomelor poate influența orientările viitoare. Cu toate că pacienții cu tulburări de somatizare relatează simptome fără o bază biologică clară, opinia aproape unanimă privind aceste relatări afirmă realitatea lor subiectivă, adică indivizii care acuză simptome și senzații trăiesc în mod subiectiv o activitate somatică semnificativ tulburată (**Robbins și Kyrmayer, 1986; Lipowsky, 1988**). Cercetările privind semnalele subliminale ale propriului corp și felul în care un simptom devine relevant și interpretabil în sensul bolii de către individ au fost începute încă din laboratoarele lui **W. Wundt și G. Fechner.** O serie de cercetări moderne asupra psihologiei perceptuale au pus în discuție factori ca mediul exterior și tensiunea afectivă (**Gibson, 1979**), competiția stimulilor senzoriali pentru câștigarea atenției (**Pennebaker, 1982; Duval și Vicklund, 1992**), căutarea selectivă a informației (**Neisser, 1976**). Vom ilustra doar câteva dintre acestea; astfel, în ceea ce privește rolul atenției, experimentele demonstrează că indivizii acuză grade mai înalte de oboseală, palpitații și chiar intensificare a tusei în situații plictisitoare și monotone față de cele stimulatoare (**Filingin și Fine, 1986; Pennebaker, 1980**). Studii epidemiologice arată faptul că raportarea unor simptome somatoforme este mai frecventă la indivizii singuratici, din mediul rural, care lucrează în instituții

nepretenţioase sau nestimulative (**Wan, 1976; Moos şi Vandort, 1977**). Căutarea selectivă a informaţiei este direcţionată de convingeri sau construcţii mintale care orientează modul în care informaţia este căutată şi în final găsită. Convingerile legate de sănătate sunt strâns corelate cu modul în care indivizii se preocupă şi îşi interpretează senzaţiile corporale (**Pennebaker, Skelton, Watson, 1988**). Importanţa convingerilor despre sănătate şi a schemelor de căutare selectivă este bine ilustrată de „boala studentului medicinist" (**Woods şi colab., 1978**) şi psihozele în masă (**Colligan şi colab., 1982**).

SOMATIZAREA - UN COMPORTAMENT ÎN FAŢA BOLII

Somatizarea nu se referă doar la simptome sau la sindroame precis definite, asupra cărora vom reveni, ci şi la un anumit comportament faţă de boală. Acest termen de *„comportament de boală" („ilness behaviour")* a fost introdus de **David Mechanic** în 1962 şi se referă la căile prin care simptome date pot fi diferit percepute, evaluate, şi permit sau nu, să se acţioneze asupra lor. Acest concept a fost extins la situaţiile clinice problematice de către **Pilowsky** (**1969**, **1990**), care a numit somatizarea, exagerarea sau negarea bolii drept „comportament anormal faţă de boală" (**1978**). **Mayer** aduce obiecţia că în definiţia iniţială conceptul era descriptiv şi deci nenormativ (**1989**). El se întreabă care sunt acele norme stabile care să justifice decizia că gândurile sau acţiunile unui pacient sunt anormale. Alţi autori subliniază că etichetând drept anormal comportamentul unui pacient, factorii contextului social vor fi ignoraţi sau mult estompaţi (interacţiunea doctor-pacient, exigenţele sistemelor de asigurări pentru sănătate etc.). O serie de încercări au fost făcute pentru a diminua riscul unei definiri arbitrare a comportamentului anormal faţă de boală, mai ales cu ajutorul chestionarelor de răspuns individual şi interviurilor normate (**Turket şi Pettygrew, 1983; Costa şi McCraie, 1985; Zonderman şi colab., 1985; Kellner, 1987**).

Relatarea simptomelor poate fi exagerată sau diminuată prin recompense sau pedepse, prin orice formă de beneficiu primar sau secundar (**Mechanic, 1978**).

Diferenţe semnificative în ceea ce priveşte remarcarea, definirea şi reacţia faţă de simptome sunt legate de sexul individului. Femeile sunt mai sensibile la stimulii mediului extern, iar bărbaţii la cei fiziologici interni în definirea propriilor simptome. Astfel, studii de laborator şi de teren riguroase arată că bărbaţii sunt mult mai capabili să detecteze ritmul inimii, activitatea stomacului, tensiunea arterială şi chiar glicemia. Majoritatea autorilor sunt de acord că bărbaţii şi femeile utilizează strategii diferite. Femeile sunt foarte sensibile la problemele situaţionale, iar modelul lor de raportare a simptomelor reflectă conjuncturile pe care le percep ca stresante. Repetarea simptomelor va tinde să reflecte fluctuaţiile situaţionale. Bărbaţii în schimb, tind să ignore situaţiile şi să se concentreze asupra problemelor lor fiziologice. Important este că, diferenţele dintre sexe în ceea ce priveşte baza perceptuală a raportării simptomelor este identică cu a indivizilor sănătoşi.

GENETICĂ ŞI SOMATIZARE

Argumentele genetice sunt legate atât de presupunerea comună în privinţa bazelor fenotipice ale funcţiilor fiziologice, cât şi în descoperiri recente în ceea ce priveşte

moștenirea tipului emoțional și perceptual. Sesizarea și raportarea simptomelor somatice depinde de modul de prelucrare zonală a informației în creier. Abilitatea de raportare a simptomelor depinde la rândul ei după **Luria (1980)** de buna funcționare a centrilor limbajului în lobii temporali și parietali. Structura și funcționalitatea sistemului nervos central este determinată genetic atât la nivelul structurilor corticale a activității neurotransmițătorilor, a activității electro-encefalografice și a sistemului nervos autonom. Comparațiile făcute între gemenii mono și dizigoți conduc la concluzia că „hardware-ul biologic" al creierului are o evidentă bază ereditară.

Barsky și **Kellerman (1983)** aduc argumente privind hipervigilența, atenția selectivă și tendința de a privi senzațiile somatice ca fatale, în generarea și amplificarea simptomelor. **J.Gray (1982)** relevă importanța centrilor inhibitori din creier (din zona septumului și hipocampului) în influențarea diferențelor individuale în ceea ce privește afectivitatea negativă. Autorul consideră că indivizii pe care el îi numește cu „trăsături anxioase" (cu afectivitate negativă) au acești centri inhibitori hiperactivi, ceea ce le determină caracterul hipervigilent. Aceasta afectează probabil raportarea simptomelor atât prin nivele înalte de afectivitate negative, cât și printr-o hiperatenție privitoare la propriul corp. Orientarea cercetărilor viitoare asupra raporturilor dintre comportamentul legat de boala trăsăturilor de personalitate cu afectivitate predominant negativă și tulburările de somatizare, vor clarifica probabil zona confuză care mai există prin suprapunerea unor descrieri comune și prin imposibilitatea stabilirii unor raporturi de precesiune. Clarificarea unor constante genetice ar fi de asemenea utilă în descrierea simptomatologică.

SOMATIZARE ȘI PERSONALITATE

Studii corelative s-au făcut nu doar la nivelul unor trăsături de personalitate, ci și asupra asocierii dintre tulburările de somatizare cu alte tulburări psihiatrice. Cum era și de așteptat, multe studii arată o relație strânsă între somatizare și depresie.

Dintre tulburările personalității, cele mai frecvent implicate sunt tulburarea histrionică, tulburarea obsesiv-compulsivă, tulburarea dependentă.

O serie de studii făcute în anul 1988 demonstrează că somatizarea este mai puternic asociată cu antecedentele de depresie ale individului decât cu diagnosticul curent de depresie (**Cornier și colab.; Sullivan și colab.; Walter și colab.**). Alte studii au demonstrat asocieri asemănătoare cu tulburările de anxietate, dar nu există studii care să includă suficienți subiecți pentru a putea trage concluzii privitoare la diagnosticele psihiatrice mai rare.

POSIBILE MODELE ALE SOMATIZĂRII

Diverse corelații au făcut obiectul stabilirii unor posibile modele de relație care nu se exclud reciproc și care propun ipoteze cauzale.

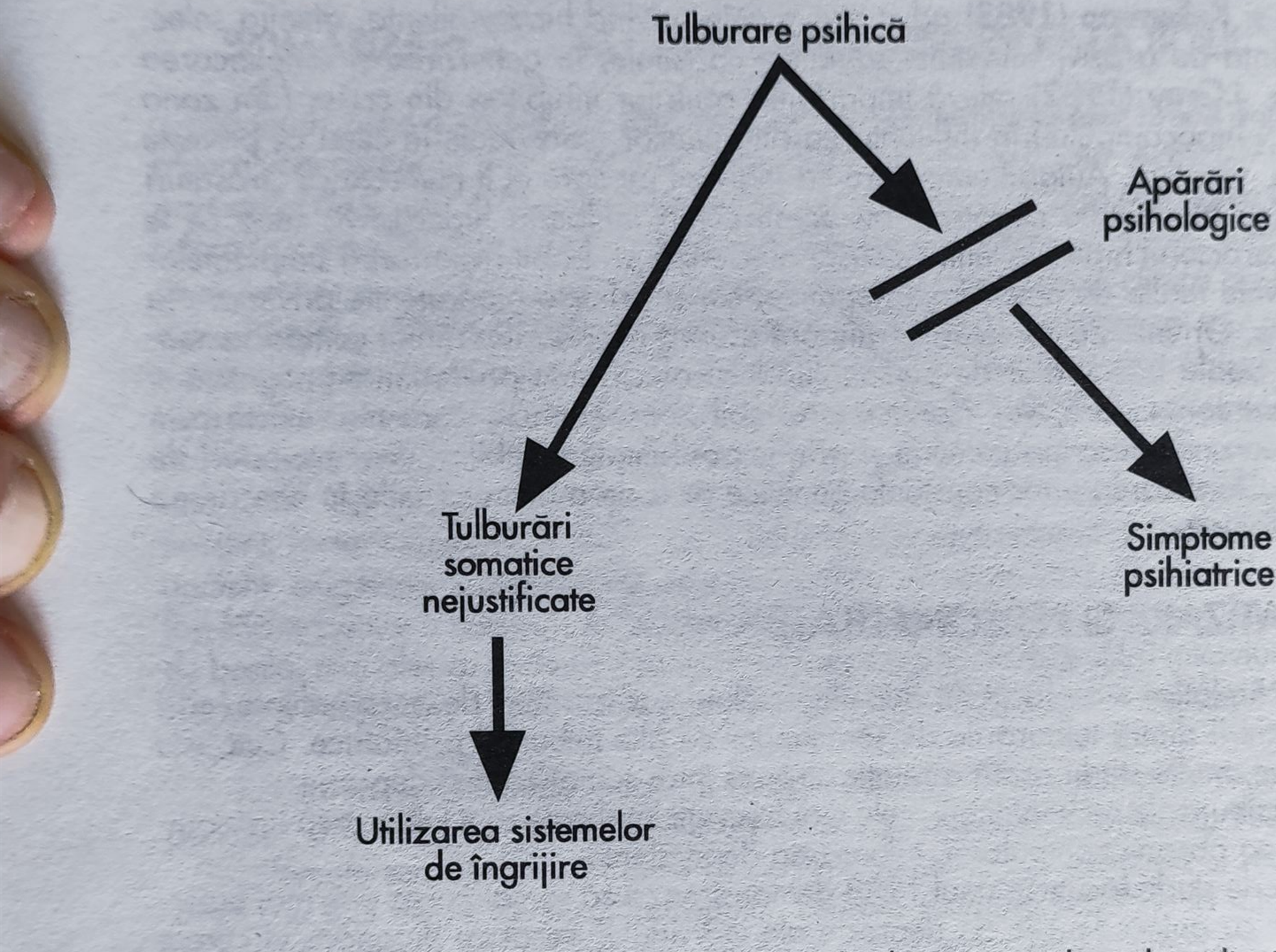
Dintre aceste modele le vom discuta pe următoarele:

Somatizarea ca mecanism de apărare psihologic

Somatizarea ca mecanism de apărare psihologic - corespunde unui model tradițional care consideră raportarea simptomelor somatice și recurgerea la asistență

medicală nonpsihiatrică drept rezultat al prezentării modificate a unor tulburări psihice. Deci somatizarea ar fi o expresie „mascată" a bolii psihice.

SOMATIZAREA CA PREZENTARE MASCATĂ A BOLILOR PSIHIATRICE

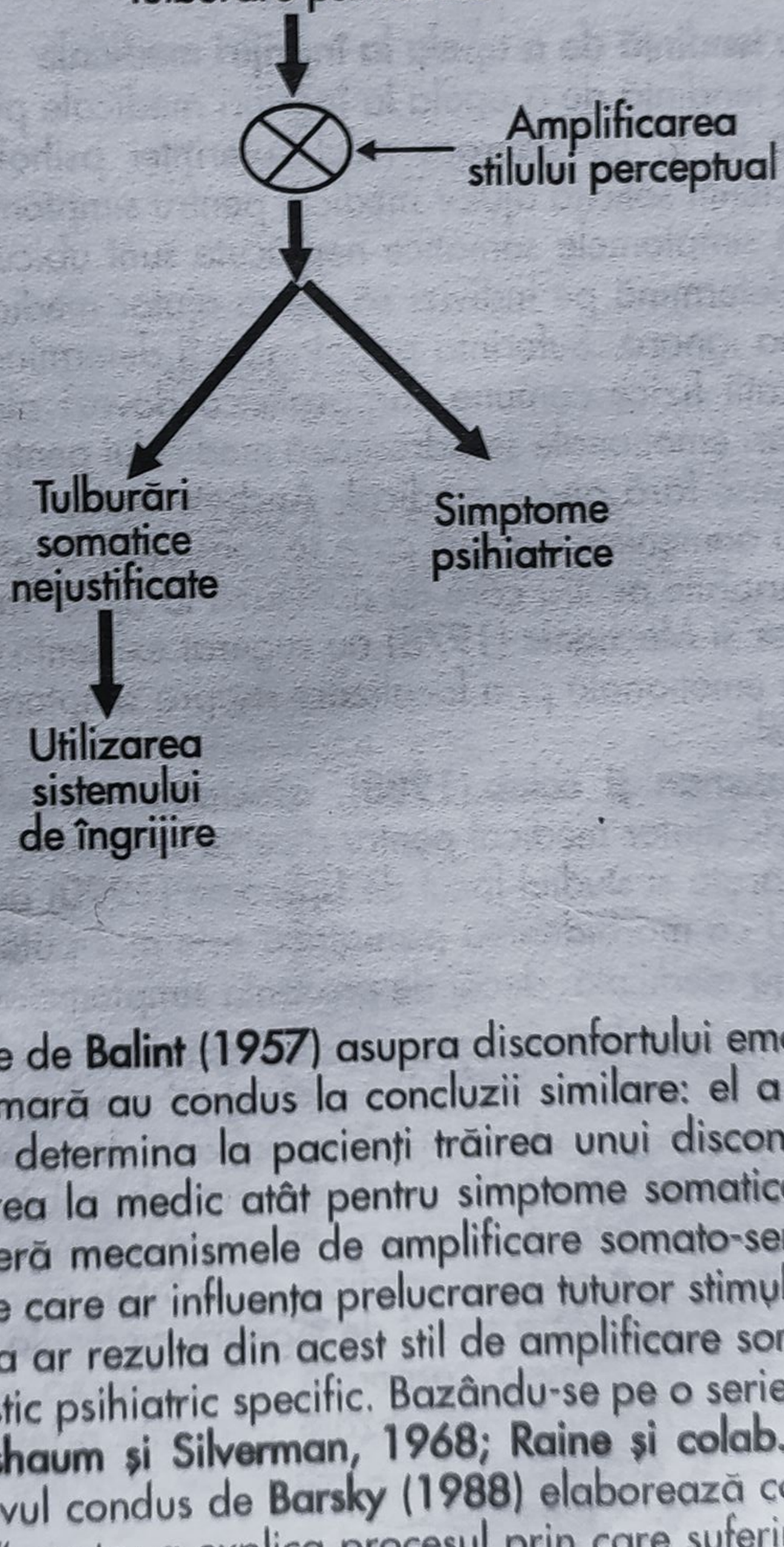


Acest model își are sorgintea în noțiunile de început ale psihanalizei care considerau simptomele isteriei ca versiuni puternic modificate sau transformate ale unor impulsuri inconștiente interzise. Astfel, simptomele somatice aveau funcție de apărare, permițând o anumită exprimare a suferinței și ținând în același timp în afara câmpului conștiinței dorințele inacceptabile. Versiunea modernă a acestei abordări consideră că simptomele somatice funcționează ca mecanisme de apărare servind drept expresie a suferinței pentru a permite depresiei sau anxietății subiacente să rămână în afara conștiinței. Se spune adesea că acești pacienți își exprimă suferința psihologică preferențial prin „canale" fizice (**Katon, 1982**). **Nemiah** și **Sifenos** au dezvoltat chiar conceptul de alexitimie pentru a descrie grupuri de pacienți care par „să nu aibă cuvinte pentru exprimarea sentimentelor" (**1977**). Totuși, numeroase studii sugerează că simptomele somatice și cele psihogene nu sunt canale alternative pentru exprimarea suferinței, ci canale paralele care apar împreună (**Clancy și Noyes, 1976; Costa și McCrae, 1980, 1985; Sherii și colab., 1988; G.E. Simon și W. Katon, 1989; F. Tudose și M. Iorgulescu, 1994**).

Somatizarea ca amplificare nespecifică a suferinței

Acest model este legat de stilul perceptual presupunând că pacienții tind să perceapă și să raporteze nivele înalte din toate tipurile de simptome. Această tendință de a trăi stări emoționale neplăcute a fost descrisă de **Watson și alții (1984, 1985)** drept afectivitate negativă. Studii făcute pe voluntari sănătoși au arătat o rată înaltă a raportării de simptome la cei cu stări de afectivitate negativă.

SOMATIZAREA CA AMPLIFICARE
A STILULUI PERCEPTUAL



Investigațiile făcute de **Balint (1957)** asupra disconfortului emoțional în clinicile de asistență medicală primară au condus la concluzii similare: el a descris termenul de „efect bazal" care ar determina la pacienți trăirea unui disconfort generalizat sau nespecific și prezentarea la medic atât pentru simptome somatice, cât și emoționale. Aceste ipoteze consideră mecanismele de amplificare somato-senzorială ca trăsături stabile de personalitate care ar influența prelucrarea tuturor stimulilor senzoriali, iar în consecință somatizarea ar rezulta din acest stil de amplificare somatică, mai degrabă decât dintr-un diagnostic psihiatric specific. Bazându-se pe o serie de lucrări ale anilor 70 (**Byrne, 1964; Bushaum și Silverman, 1968; Raine și colab., 1971; Hauback și Revelle, 1978**), colectivul condus de **Barsky (1988)** elaborează conceptul de „amplificare somato-senzitivă", pentru a explica procesul prin care suferința psihologică duce la sensibilitatea manifestată prin simptome somatice. Simptomele sunt considerate ca

începând cu senzația periferică care conduce la o elaborare corticală sau componenta reactivă care, la rândul ei, poate amplifica sau reduce senzația inițială. Stări psihologice negative afectează acest sistem crescând excitabilitatea și vigilența, scăzând pragul perceperii și raportării senzațiilor fizice. Prin această concentrare selectivă pe senzațiile nocive, disconfortul nespecific se canalizează în simptome somatice. O variantă a ipotezei amplificării consideră somatizarea ca o consecință a anormalităților din neuropsihologia prelucrării informațiilor. Studiind diferite răspunsuri fiziologice la stimulare sau nivelele diferiților metaboliți ai neurotransmițătorilor, acești cercetători leagă fenomenele de somatizare de anomalii sau tulburări biologice și biochimice. Modelul conform căruia pacienții cu somatizare amplifică atât suferința psihică, cât și pe cea psihologică, implică ipoteze privind consecințele clinice și semnificația diagnostică a acestor simptome care se pot corela cu modelul următor.

Somatizarea ca tendință de a apela la îngrijiri medicale

Somatizarea ca tendință de a apela la îngrijiri medicale pentru simptome comune este un model care ia în considerare rolul suferinței psihologice în determinarea cazurilor în care pacienții solicită ajutor medical pentru simptome care preexistă. Acest model presupune că simptomele somatice neplăcute sunt ubicuitare și că doar stările afective negative îi determină pe indivizi să ceară ajutor medical pentru simptome pe care altfel le-ar putea ignora. Suferința psihologică îi determină pe cei cu somatizare să interpreteze senzații fizice comune corporale ca dovezi ale unei boli (**Mechanic, 1982**). Cei cu tulburări emoționale se adresează medicului pentru simptome comune pe care ceilalți le depășesc fără ajutor medical. Anchete active ale stării de sănătate au arătat că majoritatea oamenilor normali care se consideră sănătoși au în mod frecvent simptome ușoare, variabile pentru care nu apelează la ajutor medical.

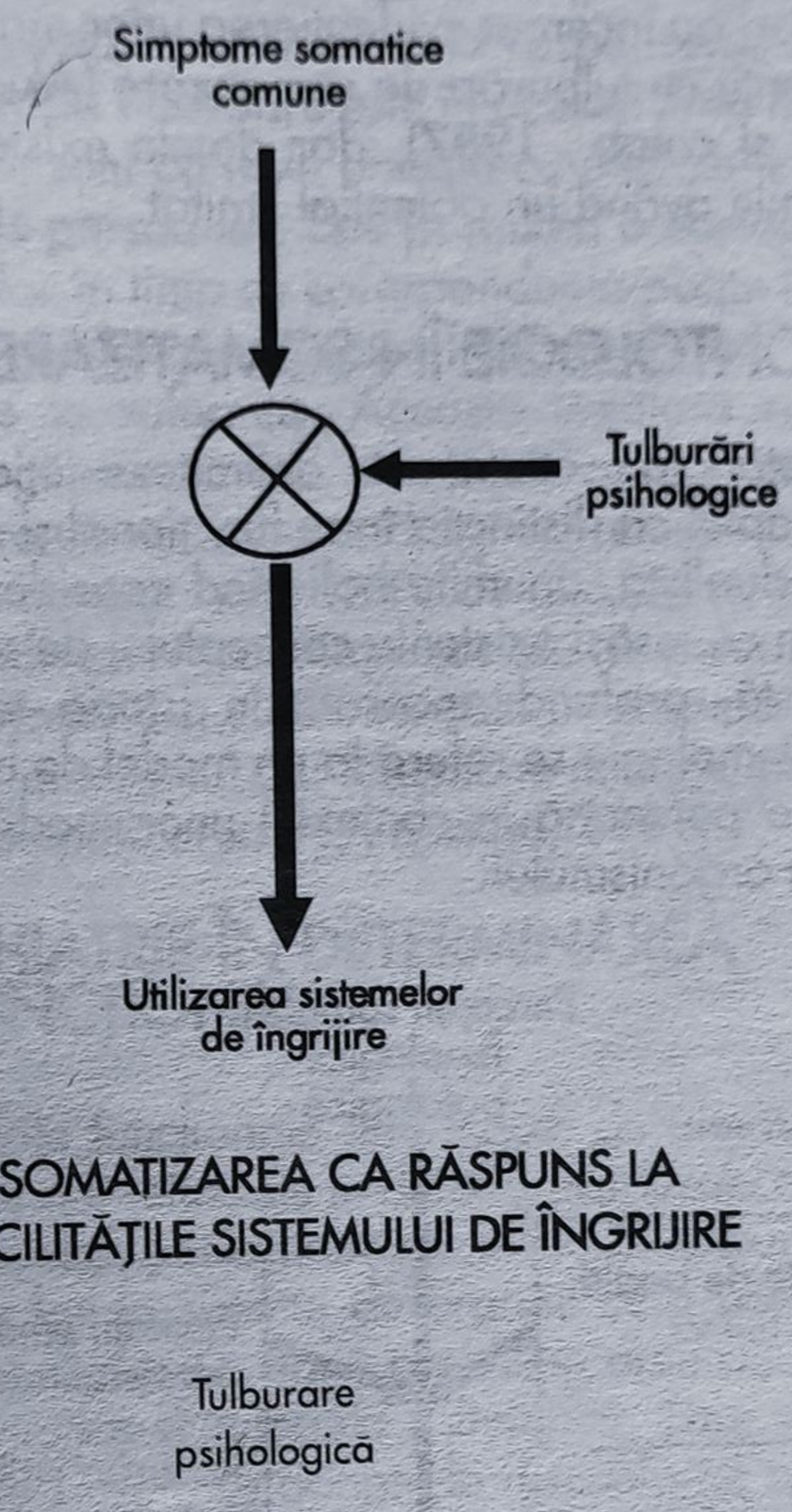
Studiile lui **Tessler** și **Mechanic** (**1978**) au sugerat existența unui mod dobândit de adaptare la suferința emoțională prin focalizare asupra simptomelor somatice și recurgere la ajutor medical.

Mai recent, **Drossman și colab.**(**1988**), asociază morbiditatea psihiatrică mai degrabă cu cererea de ajutor medical pentru diverse simptome, decât cu simptomul în sine. Același lucru îl arată și studiul făcut de **Lipscomn** (**1990**) asupra sindromului premenstrual, constatând că morbiditatea psihiatrică este mai puternic legată de decizia de a apela la asistența medicală, decât de prezența simptomelor în sine.

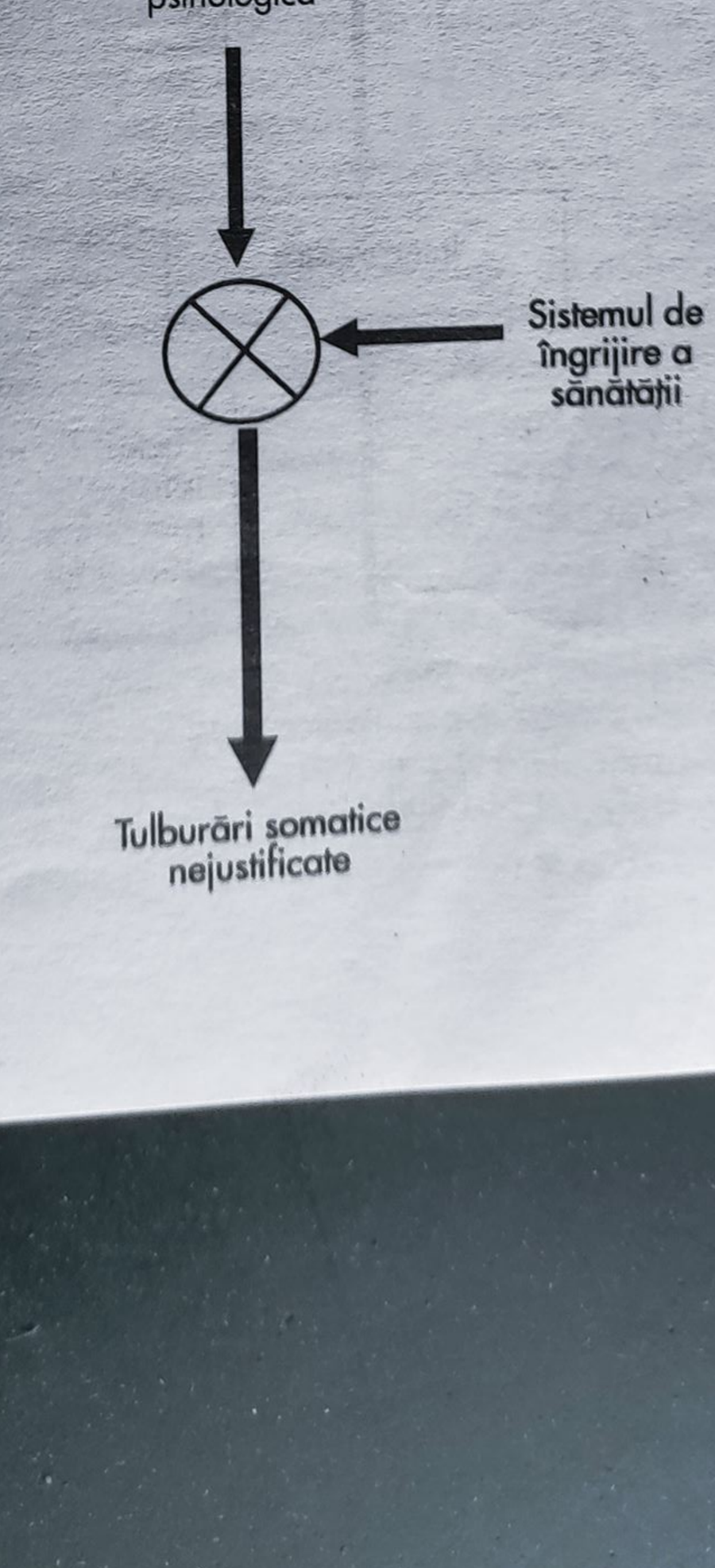
Somatizarea ca o consecință a suprautilizării asistenței medicale

Somatizarea ca o consecință a utilizării asistenței medicale. Este un model care consideră somatizarea ca răspuns la stimularea realizată de sistemul de asistență medicală. El consideră utilizarea serviciilor medicale mai degrabă o cauză a raportării simptomelor decât o consecință a acestora. Această ipoteză accentuează asupra tendinței factorului cultural și a corpului medical de a întări comportamentul de boală și raportarea simptomelor. Cu cât sistemul de îngrijire medicală și instituțiile medicale au în vedere în special simptomele corporale, somatizarea iatrogenică are șanse deosebite de a se afirma. Exemplul somatizării frecvente printre studenții medicinești ilustrează modul în care expunerea la sistemul de îngrijire medicală determină creșterea raportării suferințelor somatice.

SOMATIZAREA CA TENDINȚĂ DE ÎNGRIJIRE EXAGERATĂ A UNOR SIMPTOME COMUNE



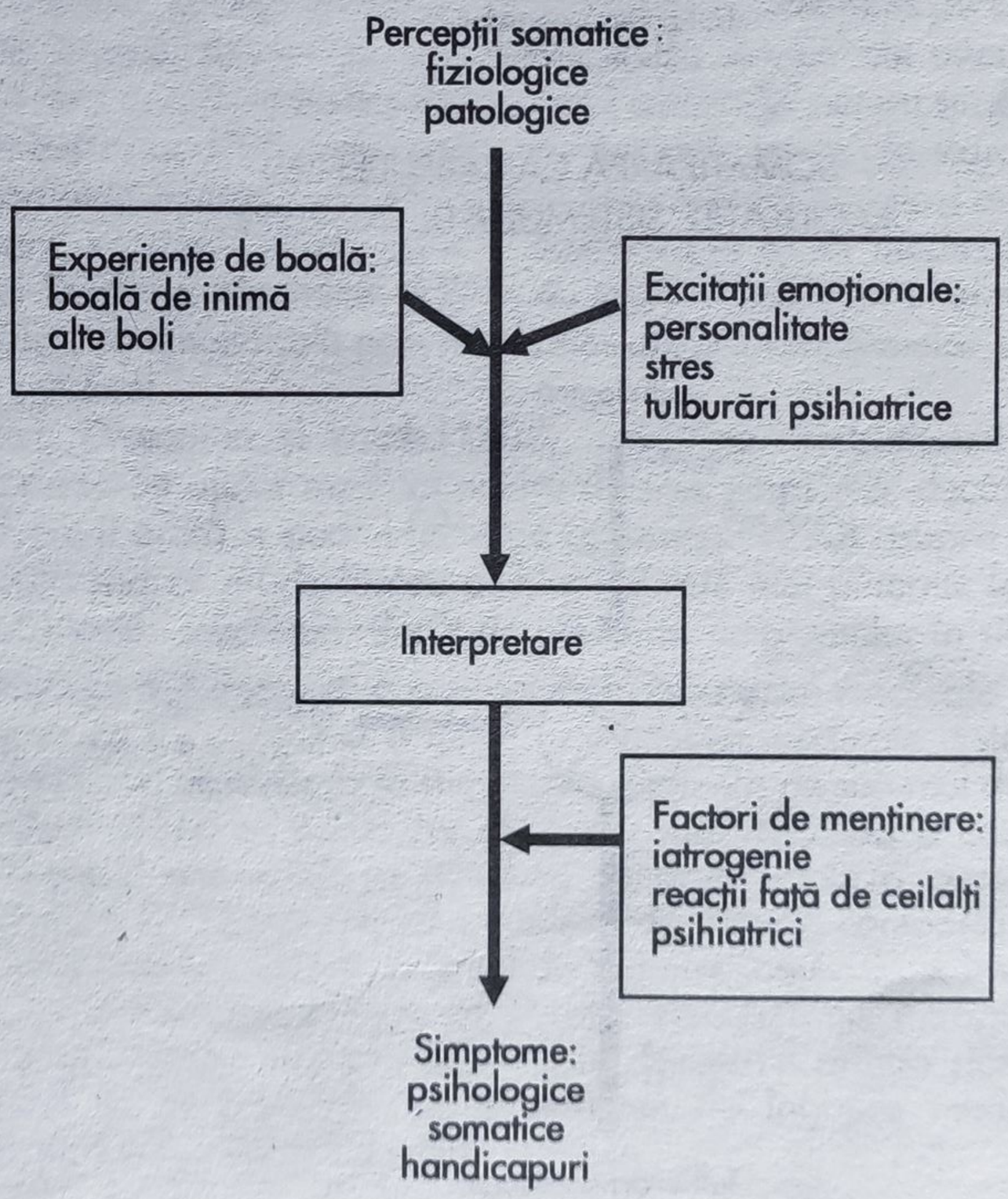
SOMATIZAREA CA RĂSPUNS LA FACILITĂȚILE SISTEMULUI DE ÎNGRIJIRE



Trecerea în revistă a modelelor arată că tulburările psihice pot avea roluri extrem de variate în geneza simptomelor somatice neexplicate. Tranziția se face de la modelul tradițional al somatizării ca prezentare atipică a tulburării psihice până la modelul amplificării care pune în discuție chiar validitatea diagnosticelor psihiatrice tradiționale. În sfârșit, o serie de autori au încercat evidențierea unor markeri biologici ai tulburărilor psihiatrice printre pacienții cu tulburări de somatizare (**Akiskal și colab., 1982; Rabkin și colab., 1983; Taerk și colab., 1987**), dar datele existente nu conduc la concluzii clare, tehnicile disponibile având un potențial limitat.

ETIOLOGIE ȘI ONTOLOGIE ÎN SOMATIZARE

O serie de cercetări au căutat să delimiteze etiologii așa-ziselor tulburări funcționale. Subliniem faptul că distincția între funcțional și organic își are rădăcinile în ontologia biomedicală dualistă, anumite boli fiind considerate mai reale decât altele, aceasta datorită faptului că însăși existența conceptului de somatizare își are rădăcinile în epistemologia dualistă, profund ancorată în istoria teoriei și practicii medicinii europene. Această epistemologie se referă la un model de boală care stabilește cum ar trebui să se comporte o persoană în contextul unor modificări specifice măsurabile, care țin de o afectare a organismului.



Acest model include durerea, suferința fizică, disfuncții fiziologice, precum și grade și forme adecvate de neliniște, modele de funcționare socială și de solicitare a ajutorului medical. Acest model normativ al suferinței permite aprecierea răspunsului unei persoane la modificări fizio-patologice sau anatomo-patologice, dar și aducerea în discuție a conceptului de somatizare atunci când răspunsurile deviază de la normele culturale acceptate. Deci această abordare este în același timp funcțională și ontologică (aceasta însemnând că bolile sunt ca niște obiecte cu o evoluție distinctă sau cu o istorie naturală independentă de persoană). Este postulată o corespondență între suferință și boală (**Jennings, 1986**), dar în timp ce corespondența poate însemna doar corelație, deci nu o determinare sau o direcționalitate, frecvent logica medicală presupune o direcționalitate: boala duce la suferință. Această legătură suferință-boală poate fi observată atunci când se legitimează sau se autentifică statusul de incapacitate, aplicarea sistemului de verificare ce stă la baza diagnosticului se face strict, admițându-se implicit că anumiți suferinzi nu sunt bolnavi. Pe de altă parte, pentru a menține autenticitatea și credibilitatea indivizilor ca ființe sociale și pentru a se ieși din dilema afirmării continue de către individ a suferinței sale în absența bolii, psihologia de tip occidental a găsit explicații în termeni ca: fenomene mintale inconștiente, mediere psihosomatică și, mai recent, somatizarea (**H. Fabrega, 1991**).

FIZIOLOGIE ȘI PSIHIATRIE ÎN DETERMINAREA SIMPTOMELOR FUNCȚIONALE

Argumentul că tulburările funcționale sunt legate de alterări fiziologice prea complexe sau prea subtile pentru a fi reflectate în defecte structurale evidente și, distincția între nivelele de proces și structură, pot conduce la ideea că tulburările funcționale implică procese anormale, care au loc în sisteme de organe ce-și păstrează intactă structura. Clinicianul va fi pus în fața a cel puțin două probleme distincte: disfuncția fiziologică ce dă naștere simptomelor somatice și suferința psihiatrică, care exacerbează simptomele slăbind capacitatea pacientului de a se adapta la disconfortul somatic și determinându-l să ceară ajutor. Aceste două fațete vor impune ideea că un diagnostic și un tratament eficient va implica abordarea ambelor dimensiuni ale experienței pacientului.

În etiologia simptomelor neexplicate medical, de regulă, se presupune asocierea unor stresori specifici, unui presupus câștig psihologic ca și a unor factori psihosociali. De asemenea, nu poate fi ignorată o anumită tendință de psihogenizare prin excludere: „dacă nu este de origine somatică, trebuie să fie de origine psihologică", care evident, în lipsa unor parametri măsurabili, poate fi adesea arbitrară.

Pentru evitarea unor astfel de atitudini arbitrare, unii autori (**J. Escobar, M. Rubio-Stipec, M. Swartz, P. Manu**) preferă termeni mai generici ca „simptome fizice neexplicate medical" în locul unor termeni ca „somatizare" sau „simptome somatoforme" pe care le consideră încă insuficient fundamentate. O serie de autori au semnalat o frecvență crescută a evenimentelor de viață negative recente la pacienții ce se prezintă cu o varietate de simptome somatice funcționale, inclusiv dureri abdominale, dureri precordiale necardiace, simptome pseudoneurologice sau conversive (**Roll și Theorell, 1987; Creed și colab., 1988; Mayon, 1989**). Pentru sindroamele somatice funcționale cronice, rolul etiologic al evenimentelor de viață este mai puțin clar, deși stresurile sociale supor-tate par să contribuie la instalarea acestora (**Drossman și colab., 1988; Jensen, 1988**).

FACTORII PSIHO-SOCIALI ŞI SOMATIZAREA

Statutul socio-economic scăzut este considerat ca responsabil pentru creşterea probabilităţii ca suferinţa să fie percepută mai degrabă ca o boală corporală decât ca o tulburare emoţională (**Crandell şi Dohrenwend, 1967-1968**). Diferenţele transculturale ale somatizării au fost de asemenea explicate prin factori cognitivi şi sociali (**Angel şi Thoits, 1987**). Un grad mai înalt de somatizare poate fi asociat stigmatizării pe care boala psihică o implică pentru un grup sau altul, convingerilor că emoţionalitatea este un semn de slăbiciune, ca şi unei reduse înclinaţii pentru probleme psihologice (**Escobar şi colab., 1989**). Persoanele necăsătorite şi persoanele care trăiesc singure raportează mai frecvent şi mai multe simptome corporale (**Schwab şi colab., 1978; Pennebaker, 1982**). Influenţele familiale şi sociale sunt presupuse ca factori cauzali ai somatizării, atitudinea familiei şi părinţilor faţă de starea de sănătate influenţează concentrarea atenţiei copilului şi creşterea percepţiilor proceselor somatice (**Wilkinson, 1988**). Studii aprofundate arată că există o corelaţie directă între numărul zilelor de incapacitate la vârsta adultă şi încurajarea adoptării rolului de bolnav de către copil (**Pilowsky, 1982; Whitehead, 1986**). Familiile pot să respingă somatizarea sau să o încurajeze, învăţarea concentrării asupra senzaţiilor somatice, interpretarea lor ca periculoase, ca şi exprimarea lor verbală este legată de contextul familiar.

Lennon şi colab. (**1989**) sugerează accentuarea simptomatologiei somatoforme la persoanele care caută în mod prelungit o validare socială a simptomelor funcţionale. Alţi autori arată un raport direct între creşterea numărului de investigaţii şi convingerea că există o boală somatică ascunsă. În sfârşit, o serie de boli dificil de definit, cum ar fi oboseala persistentă, sindromul de colon iritabil, fibromialgia sau fibrozita musculară se asociază frecvent cu alte sindroame somatice sugerând o tendinţă la aglutinare a acestui tip de simptome.

Studiul raportului dintre somatizare şi şomaj a arătat o asociere semnificativă, dar fără să se poată spune care din factori determină cauzal această legătură.

COMORBIDITATE ŞI SOMATIZARE

O problematică deosebit de dificilă este cea legată de pacienţii care au antecedente multiple de simptome somatice explicate şi/sau neexplicate medical şi care vor prezenta stereotipuri clinice cât şi convingerea vulnerabilităţii lor faţă de boală. Pacienţii care au atât tulburări somatoforme, cât şi hipocondriace sunt cei mai înclinaţi spre utilizarea masivă a serviciilor medicale. Paradoxal, cu cât aceşti pacienţi caută diagnostice mai clare, cu cât suportă mai multe tratamente care eşuează, cu cât suferinţa lor subiectivă se agravează, cu atât persoanele din mediul lor familiar şi personalul medical devine tot mai puţin convinse că suferinţa lor este reală şi că ei doresc într-adevăr să se vindece.

NOSOGRAFIE ŞI SOMATIZARE

Am insistat asupra diverselor aspecte pe care noua categorie a tulburărilor somatoforme o introduce în nosografia psihiatrică, acum când aceasta suferă un adevărat proces de restructurare „neokraepeliniană" de căutări a unor tulburări discrete caracterizate

prin paternuri simptomatologice distinctive (**Kirmayer şi Robbins**). Aceasta deoarece, deşi diagnosticele distincte plasează psihiatria în tradiţia biomedicinei, ele se dovedesc nesatisfăcătoare atât în studiile epidemiologice, cât şi în studierea unor fenomene psihopatologice la nivel individual şi/sau populaţional. Definiţiile tulburărilor somatoforme par să se înscrie mai repede într-o dimensiune de continuitate a comportamentului uman ca tulburări discontinue fiind greu încadrabile într-un concept unitar de boală mintală. În cadrul subiectului de care ne ocupăm în această lucrare, metaforic am putea spune că, tulburările somatoforme sunt partea direct vizibilă şi identificabilă ca atare a tulburărilor strict corporalizate din tulburările psihiatrice legate de corp. Altfel spus, ele se exprimă direct şi nemediat în coduri somatice, fără să-şi piardă însă semnificaţia de tulburări psihice. Aşa cum arătam, diverse teorii luate în discuţie, consideră somatizarea fie o apărare intrapsihică, fie o expresie a unor tulburări neurobiologice, fie o modificare a sistemului perceptual şi cognitiv, fie un set de comportamente socio-culturale. Aşa cum am arătat, există dovezi pentru toate acestea şi de aceea credem că ele ar putea să semnifice şi mozaicul realizat de toate aceste situaţii la un loc. Credem împreună cu **G.Simon (1991)** că înţelegerea mai bună a procesului de somatizare va conduce la înţelegerea altor sindroame psihiatrice şi va reflecta în acelaşi timp gradul în care cunoştinţele privind geneza unor tulburări psihice progresează.

Desigur, se poate spera că toate aceste progrese teoretice privind diagnosticul, clasificarea sau psihopatologia nu vor avea alt rezultat decât o abordare terapeutică mai adecvată a celui în suferinţă.

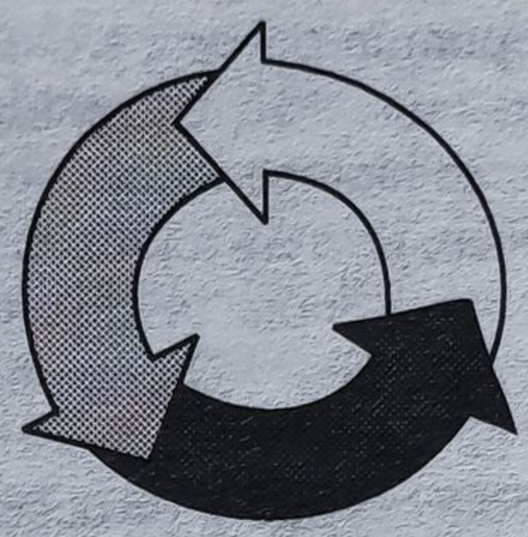
ANTROPOLOGIE ŞI SOMATIZARE

Dimensiunea antropologică a somatizării este legată de o posibilă modalitate de exprimare a suferinţei care se impune atenţiei, întrucât reflectă o dificultate deosebită ce interferează cu rolurile sociale de bază şi ameninţă viaţa. Corpul asigură simboluri naturale pentru relaţii sociale şi alte aspecte caracteristice ale culturii. Suferinţa somatică poate reprezenta un mod de a obţine concesii sau îngrijiri şi ajutor din partea unor instituţii sociale. Chiar atunci când indivizii nu sunt iniţial conştienţi de semnificaţia simbolică a simptomelor lor, ei pot fi modelaţi de interacţiunea simbolică socială şi pot participa la discursul simbolic social (**Kleinman, 1988**).

În plan antropologic tulburările somatoforme ilustrează unitatea psyche-soma în expresia ei de suferinţă - patică în care suferinţa psihică se „încarnează" în corp pentru a se exprima din nou ca suferinţă psihică.

O VIZIUNE ANTROPOLOGICĂ ASUPRA SOMATIZĂRII

Tulburările somatoforme ilustrează unitatea psyche-soma în expresia ei de suferință patică în care suferința psihică *se încarnează* în corp pentru a se exprima din nou ca suferință psihică.



CAPITOLUL 9

PSIHIATRUL CA MEDIC, PSIHIATRIA DE LEGĂTURĂ - COMPONENTĂ A MEDICINEI INTEGRATIVE

Psihiatrul de legătură este ca un pompier care rezolvă un incendiu.

J.J. Straton

Modelul consultației în psihiatria de legătură, modelul pe care îl vedem aplicat în întreaga Europă a mileniului al III lea, trebuie asimilat și de România. Cu toate costurile și riscurile pe care le implică.

Vasile Mihăescu

Psihiatrul ca medic
Cadrul conceptual al psihiatriei de legătură
Prevenția primară, secundară și terțiară
Metodologii de triaj și descoperirea unor cazuri la debut
Promovarea unor reforme și schimbări structurale în unitățile în care își desfășoară activitatea
Evaluarea calității vieții
Organizarea serviciilor de psihiatrie de legătură
Comorbiditate psihiatrică și medicală în spitalul general
Tipuri de intervenție în psihiatria de legătură
Icebergul patologiei și intervenția psihiatrului
Expectațiile somaticianului față de Psihiatria de Legătură
Psihiatria de legătură ca factor educațional
Psihiatria de legătură în România – realități și opțiuni pentru viitor

PSIHIATRUL CA MEDIC

Psihiatrii fac o investiție majoră în pregătirea lor medicală, precum și în studiul manifestărilor omului și al funcțiilor sale mintale ca și în evaluarea și tratamentul bolilor mintale. Ei întruchipează aprecierile despre contribuțiile cruciale, complexe și aparent de nedezlegat ale factorilor psihosociali și biomedicali în înțelegerea și tratamentul bolilor psihice. Cunoștințele psihiatrului despre manifestările umane, motivațiile și relațiile lor sunt unice printre medici. Această identitate ca medici ar trebui să crească credibilitatea specialității în arena medicală.

Resursele unice ale psihiatriei ca disciplină nu sunt apreciate la adevărata lor valoare. Funcțiile sau disfuncțiile organismului uman nu sunt alcătuite din unități clar

demarcate și independente mintală și somatică. Sistemul nervos central controlează toate funcțiile de bază ale organismului. Experiențele traumatice deschid posibilitatea de instalare a unor suferințe și disfuncționalități pe care doar abordările psihoterapeutice pot să le vindece.

Semnele și simptomele nu pot fi net împărțite între emoționale și somatice. Cortizonul poate provoca agitație sau depresie. Depresia poate da constipație, anxietatea - diaree, furia poate da cefalee. Ca medic, psihiatrul poate să recunoască toate acestea, să aprecieze aceste interacțiuni și să-și aplice cunoștințele în ambele componente ale procesului diagnostic: psihosocial și medical. Psihiatrii sunt pregătiți să pună întrebări despre corelația unui simptom somatic cu un eveniment psihologic, și despre medicația prescrisă care a precedat modificarea cognitivă emoțională sau comportamentală.

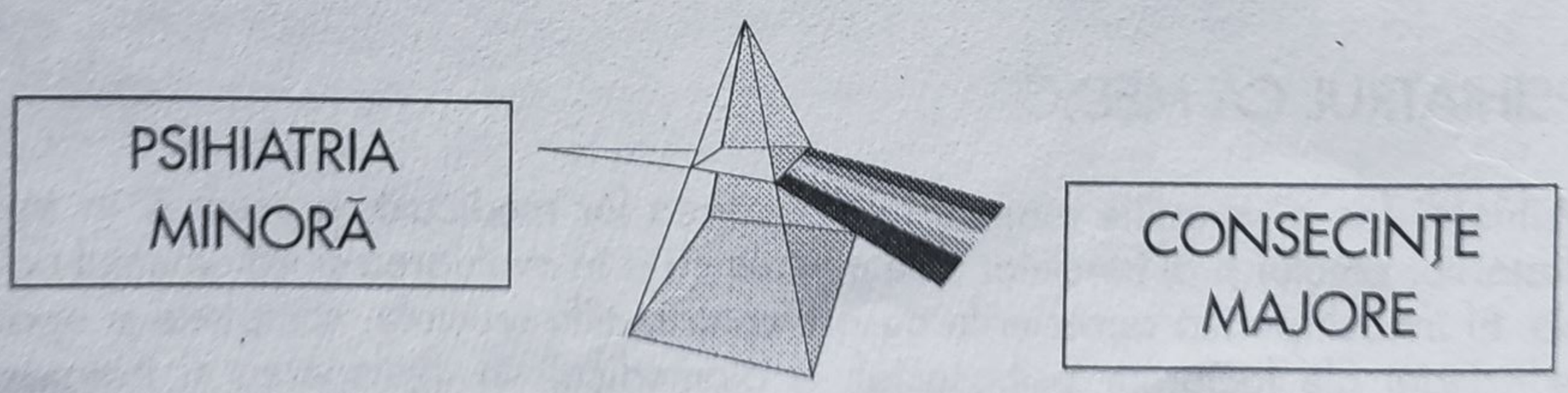
Există o suprapunere semnificativă între bolile psihice și cele "medicale". Psihiatrii acordă îngrijirea primară sau principală multor pacienți cu situații medicale care coexistă.

Incapacitatea mintală asociată cu bolile psihice poate să interfere cu capacitatea pacientului de a recunoaște sau reacționa la tulburări de ordin medical sau la procesele psihologice, cum ar fi sarcina sau travaliul și să caute o îngrijire corespunzătoare. Unii pacienți urmează ședințe de psihoterapie în mod regulat la psihiatrul lor, de aceea îl consultă mai des pe acesta decât pe oricare alt medic și își prezintă simptomele clinice mai întâi psihiatrului. Unii pacienți sunt spitalizați de către psihiatru, care prin aceasta, își asumă întreaga responsabilitate pentru îngrijirea lor medicală.

Psihiatrul trebuie să decidă când un semn sau simptom care apare la un pacient în timpul tratamentului psihiatric este clinic semnificativ și dacă să preia tratamentul sau să îndrepte pacientul către alt specialist sau generalist.

Psihiatrul trebuie ulterior să evalueze capacitatea pacientului de a lua decizii privind diagnosticul și tratamentul și să coopereze cu alți furnizori de îngrijiri medicale. Poate fi necesar ca psihiatrul să intervină activ în negocierea unei trimiteri, liniștind bolnavul prin îngrijirea în continuare, ajutând medicul către care trimite, în lucrul cu aspectele psihiatrice ale îngrijirii pacientului.

Când pacientul este tratat la început de către un alt medic, psihiatrul trebuie să fie foarte priceput în a identifica scăpările, erorile și complicațiile iatrogene.



Psihiatrul trebuie să aibă cunoștințe despre manifestările psihiatrice ale bolilor organice (medicale în general) și despre efectele cu răsunet psihic ale tratamentelor, așa încât niciodată să nu interpreteze greșit modificările în tabloul simptomatic și să agraveze tulburările cu intervenții neadecvate, nici să treacă cu vederea exacerbările,

efectele secundare sau efectele toxice care cer modificări în regimul terapeutic. Ori de câte ori se folosesc concomitent atât medicamente psihotrope, cât şi o altă medicaţie, este posibilă apariţia interacţiunilor intermedicamentoase. Se pune, de exemplu întrebarea „Starea psihică a pacientului este alterată ca rezultat al insuficienţei cardiace congestive, al dozelor prea mari de digitalic, al bolii Alzheimer sau al depresiei?"

Semnele medicale, simptomele nepsihiatrice, procedurile de diagnostic şi tratamentele provoacă răspunsuri emoţionale foarte puternice care pot complica diagnosticul şi pot interacţiona cu complianţa la tratament şi cu vindecarea.

Ca medici, psihiatrii sunt pregătiţi să înţeleagă mecanismele bolilor şi protocoalele de diagnostic şi tratament folosite pentru a le descoperi şi a le combate. Identitatea lor medicală le uşurează comunicarea şi colaborarea cu alţi medici. De exemplu, un pacient cu o boală malignă supus unui transplant de măduvă osoasă trăieşte o succesiune copleşitoare de veşti proaste, teancuri de informaţii ştiinţifice, decizii cruciale, reacţii ale familiei şi prietenilor, căutarea unui donator, proceduri foarte dureroase, efecte adverse îngrozitoare şi un prognostic incert. Psihiatrul poate să evalueze starea mintală, să-l ajute pe pacient să ia decizii fiind informat şi, după propriile sale criterii, să aducă informaţii pentru înţelegerea experienţelor din trecut ale pacientului, despre părţile lui tari şi slabe din punct de vedere psihologic şi să recunoască complicaţiile psihiatrice clinic semnificative şi în acelaşi timp să interpreteze evoluţia comportamentală şi emoţională a pacientului şi semnificaţia aspectelor neobişnuite.

Psihiatrul, ca oricare medic astăzi, se află în faţa unei provocări majore de a-şi spori cunoştinţele de specialitate în timp ce încearcă să se păstreze în pas cu descoperirile din alte specialităţi medicale care îi afectează pe pacienţii lor. Psihiatrii formaţi de curând, se tem ca îşi vor pierde deprinderile de medicină generală iar cei formaţi mai demult, se tem că acestea nu mai sunt în întregime actuale şi adecvate pentru a aborda probleme medicale generale şi complicaţiile acestora la pacienţii lor.

CADRUL CONCEPTUAL AL PSIHIATRIEI DE LEGĂTURĂ

Trunchiul de bază de cunoştinţe şi aptitudini necesare pentru a realiza consultaţia, ca şi alte activităţi într-o secţie de psihiatrie de legătură, include înţelegerea psihopatologiei, cunoaşterea diagnosticului diferenţial, a diferitelor abordări psihoterapeutice, coordonarea administrativă a problemelor pe care sistemele le pot ridica, cunoaşterea problemelor economice medicale, geriatrice, şi de psihiatrie medico-legală.

De asemenea, sunt importante cunoştinţe privind modalitatea prin care variază o oarecare comorbiditate psihiatrică care întrepătrunde diferite boli, la diferite vârste, la persoane cu statut socio-economic diferit.

Deşi un mare număr de psihiatri efectuează consultaţii de psihiatrie ca parte a activităţii lor clinice, există o gamă largă de expertiză la diferite nivele de educaţie şi experienţă clinică (ex.: rezidenţiat, membru al asociaţiei profesionale, activitate universitară). Formulări psihodinamice detaliate care folosesc un jargon psihiatric sunt rareori (dacă nu cumva aproape niciodată) folositoare medicului somatician.

Disponibilitatea, flexibilitatea, claritatea în gândire, ca şi o curiozitate naturală în legătură cu fenomenele noi, sunt foarte folositoare pentru consultaţiile psihiatrice de

legătură (**Pasnau 1985; M.G.Wise şi Rundell, 1994**). Consultantul în psihiatria de legătură trebuie să vrea să solicite ajutorul altui coleg ori de câte ori este confruntat cu probleme clinice din afara specialităţii sale, pentru care nu are cunoştinţele şi aptitudinile necesare.

Scopurile Psihiatrie de legătură (după **Strain** şi **Grossman, 1975**):

- **realizarea prevenţiei primare, secundare şi terţiare**
- **descoperirea cazurilor incipiente şi metodologiilor adecvate de triaj**
- **asigurarea unei educaţii continue echipei nonpsihiatrice în scopul evaluării tratamentului şi/sau orientării cazurilor psihice**
- **dezvoltarea cunoştinţelor fundamentale biopsihosociale**
- **promovarea modificărilor structurale sau metodologice în instituţiile medicale în aşa fel încât să crească diagnosticarea şi tratamentul acestora.**

Un rezultat global important este creşterea calităţii îngrijirii psihologice dacă principiile Psihiatriei de Legătură sunt aplicate.

PREVENŢIA PRIMARĂ, SECUNDARĂ ŞI TERŢIARĂ

PREVENŢIA	SCOPUL
primară	anticipare/prevenirea simptomelor psihiatrice şi psihologice
secundară	tratarea lor când apar
terţiară	prevenirea recăderilor

Prevenţia primară încearcă să prevină tulburările prin intervenţie precoce (ex. interviu psihiatric care ar trebui să se facă cu toţi pacienţii înaintea cardiotomiei având drept scop prevenirea deliriumului) (**Surman, 1974**).

Prevenţia secundară încearcă să reducă factorii biologici, psihologici şi sociali care au iniţiat boala, care participă la întreţinerea bolii şi tratează simptomele acute ca anxietatea, depresia şi accentuarea trăsăturilor caracteriale care cresc nivelul de stres şi împiedică vindecarea. După **Hacket şi Cassem (1979)** consultaţia de psihiatrie în spitalul general este în mod esenţial un mod de prevenţie secundară.

Prevenţia terţiară - psihiatrul de legătură se străduieşte să modifice sechelele psihologice care se pot instala după un episod acut sau conflicte psihologice rezultate din tulburări de dispoziţie, anxietate, inhibiţie şi fobie în legătură cu întoarcerea la lucru sau cu scăderea activităţii sexuale, în ciuda unei presupuse normalităţi biologice. Ajută pacienţii să se adapteze limitelor fiziologice. Avertizează că există posibilitatea recurenţei bolii. Prevenţia recurenţelor bolii necesită foarte adesea urmărirea pacienţilor şi după externare.

METODOLOGII DE TRIAJ ŞI DESCOPERIREA UNOR CAZURI LA DEBUT

Depistarea cazurilor în instituţiile medicale este o atribuţie a psihiatrului de legătură care trebuie să depăşească cadrul unei consultaţii de ambulator.

Tulburările psihice datorate unei boli somatice sau unei toxicomanii reprezintă prototipul de tulburare psihofiziologică frecvent prezentă, dar cel mai adesea nedetectată în instituţiile spitaliceşti (**Engel, 1967**). Evident că dacă cei care au pacienţii în îngrijire (medicii curanţi) nu sesizează disfuncţia sau natura acesteia, ei nu vor solicita serviciul de psihiatrie de legătură.

Marca de calitate a serviciului de psihiatrie de legătură este dată de strategiile şi tacticile de diagnosticare şi triaj a cazurilor din secţiile medico-chirurgicale.

Iată care ar fi caracteristicile psihiatrului consultant eficient:

- Să vorbească cu medicul somatician, cu psihologul clinician, cu asistentele medicale şi cu ceilalţi membri ai echipei terapeutice care se ocupă de bolnav (inclusiv asistent social), atât înainte cât şi după consult. Scopul iniţial este să clarifice motivul consultaţiei. Medicul somatician poate fi destul de confuz în faţa simptomelor pe care le prezintă pacientul şi să fie incapabil să-şi formuleze adecvat solicitarea;
- Să stabilească dacă din punct de vedere psihiatric este o extremă urgenţă, o urgenţă sau un caz obişnuit (de rutină);
- Să revizuiască documentele medicale, analizele, planurile terapeutice, şi să colecteze toate noile informaţii de care are nevoie;
- Să efectueze un examen psihiatric complet, să cunoască aspecte relevante din anamneza şi din examinarea somatică;
- Să discute cu familia şi cu prietenii pacientului sau să indice altor membrii ai echipei să o facă;
- Să noteze sintetic şi inteligibil observaţiile sale în fişă (nu e nevoie să se detalieze informaţii deja cuprinse în foaia de observaţie);
- Să încerce să ajungă la un diagnostic prezumptiv pe baza semnelor, simptomelor, a rezultatelor de laborator şi a datelor epidemiologice;
- Să formuleze diagnosticul diferenţial între afecţiunile somatice, neurologice şi psihiatrice;
- Să recomande efectuarea explorărilor radiologice sau a testelor de laborator utile procesului diagnostic;
- Să aibă cunoştinţele necesare pentru a prescrie medicaţie psihotropă pacienţilor cu afecţiuni somatice şi chirurgicale şi să ţină cont de interacţiunile acestora cu medicaţia non-psihotropă;
- Să facă recomandările terapeutice: terapie electroconvulsivantă, psihoterapie, şi să elimine orice cauze posibile medicale sau cauze iatrogene ale simptomelor;
- Să fie specific (orientare rapidă şi la obiect). Să asigure planuri de intervenţie pentru situaţii de complicaţii care pot apărea întâmplător (de mică probabilitate) şi să anticipeze problemele potenţiale. Să aibă un contact personal direct

- mai ales dacă recomandările sunt esențiale și potențial controversate. Să dirijeze educarea adecvată a pacientului și psihoterapia, atunci când este indicat;
- ➢ Să urmărească pacientul pe toată durata spitalizării;
- ➢ Să facă recomandările potrivite la externarea bolnavului, incluzând îngrijirea ambulatorie;
- ➢ Să urmărească noutățile din celelalte domenii medicale și să nu fie izolat de restul comunității medicale.

Cunoștințele psihiatrilor despre manifestările umane, motivațiile și relațiile lor sunt unice printre medici, făcându-i de neînlocuit ca profesori ai studenților în medicină și consilieri ai colegilor de alte specialități.

Factorii psihiatrici și psihosociali operează în fiecare fază de boală.

- Înaintea internării ca motive sau presiuni la internare
- În timpul spitalizării
- În timpul elaborării deciziilor de externare sau transfer în alte instituții.

În toate aceste faze deciziile vor fi influențate negativ în sensul creșterii costurilor.

Adesea factorii biopsihosociali sunt cei care modifică atitudinea și decizia medicală, iar intervenția psihiatriei de legătură poate influența acest proces.

Levitan și Cronfeld (1981) au demonstrat la pacienții ortopedici că un serviciu de psihiatrie de legătură a dus la reducerea costurilor prin externare mai rapidă și mai mult reveniri la domiciliu decât la cămine spital (durata spitalizării 30 față de 42 zile, 16 externări acasă față de 8).

Ackerman și colab. descriu legătura dintre depresie și intervenție psihiatrică precoce la pacienții spitalizați și durata de spitalizare marcând o reducere de 11%. Aceiași autori notează importanța intervenției precoce care are un efect mai semnificativ decât diagnosticul indiferent de boală.

- scăderea duratei de spitalizare
- scăderea costurilor medicale
- creșterea calității vieții

Studii, cum ar fi **Strain și colab.**(1991) asupra pacienților cu fractură de col femural la vârstnici au arătat că intervenția psihiatrică de legătură face să se:

- descopere morbiditatea psihiatrică
- reducă depresia și tulburările cognitive la externare
- scadă durata de spitalizare (cu 2 zile în medie)
- determine un număr mai redus de zile pentru recuperare
- reducă reinternările în următoarele 12 săptămâni după externare

PROMOVAREA UNOR REFORME ȘI SCHIMBĂRI STRUCTURALE ÎN UNITĂȚILE ÎN CARE ÎȘI DESFĂȘOARĂ ACTIVITATEA

Psihiatria de legătură se străduiește să realizeze schimbări structurale în departamentele spitalului, ca de exemplu nuclee de terapia durerii, unități de asistență a dializaților și celor care au suferit transplante, centre de criză pentru familiile pacienților.

Conceptul de psihiatrie de legătură permite urmărirea cazurilor după externarea pacienților din unitățile medico-psihiatrice și a pacienților ambulatorii din clinicile de medicină internă și chirurgie care au disfuncții psihologice.

Datorită faptului că departamentele ambulatorii psihiatrice din cele mai multe spitale nu sunt capabile să stăpânească pacienţii somatici cu disfuncţii psihologice, este necesar un serviciu ambulator în cadrul departamentului de psihiatrie de legătură cu o contribuţie mult mai importantă.

Clearence-ul psihiatric este acum un standard în SUA pentru toţi pacienţii care iau supra doze sau fac tentative suicidare înainte de a fi externaţi dintr-o unitate de terapie intensivă. Următorul pas logic este să devină obligatoriu *clearence-ul psihiatric* pentru toţi pacienţii cu risc crescut sau pacienţii dificili cum ar fi: candidaţii la intervenţie deschisă pe cord, cei cu probleme de diagnostic, cei la care intervenţia chirurgicală este nesigură, pacienţii cu internări repetate în spital care par să fie rezultatul automutilării, comportamentelor autodistructive, neglijării de sine.

Evaluarea psihiatrică a acestor pacienţi şi a altor grupe care mai trebuiesc identificate trebuie să fie privită ca o parte intrinsecă a evaluării pacienţilor de către psihiatria de legătură şi a managementului unui spital universitar contemporan.

Un important pas către implementarea psihiatriei de legătură în această ţară s-a făcut prin predarea sănătăţii mintale pentru rezidenţii care vor fi primii în contact cu pacientul în specialităţile:

- medicină internă
- medicină de familie
- medicină de urgenţă

Steinberg MD (1997), într-un foarte recent studiu, arată că psihiatrii de legătură se implică în mod intens în problemele de etică ale spitalelor generale, în ultimele două decade şi că interesul pentru bioetică al psihiatrului se explică, pe de o parte prin formarea deosebită din această specialitate şi prin numărul mai mare de probleme etice legate direct de practica psihiatriei, pe de altă parte

EVALUAREA CALITĂŢII VIEŢII

Cea mai acceptată definiţie, este la ora actuală cea a Organizaţiei Mondiale A Sănătăţii OMS în viziunea căreia „Calitatea vieţii este felul în care oamenii îşi percep poziţia lor în viaţă în relaţiile cu scopurile lor şi cu sistemul de valori pe care ei l-au acceptat şi încorporat în perspectiva luării deciziilor pe care ei le iau."

Bech (1987) defineşte clar conceptul de calitate a vieţii ca o dimensiune negativă (o lipsă de bunăstare mai curând decât o bunăstare). Această idee urmează modelele medicale tradiţionale orientate spre maladie mai mult decât spre sănătatea totală. Calitatea vieţii este deseori măsurată după prezenţa şi amplitudinea impactului debilitant al bolii. Aici, cercetătorii se înscriu în tradiţia lui **Pavloff** şi a colaboratorilor săi care examinau disconfortul, eficacitatea şi conştiinţa de sine ca pe criterii ale ameliorării în psihoterapie. Prin aceasta se înţelege că informaţiile asupra stărilor subiective nu pot fi judecate decât de persoanele care le resimt. Ei au decis să abordeze subiectiv sub un unghi negativ, studiind inconfortul, sentimentul de inutilitate şi lipsa conştiinţei de sine căci *"pacienţii caută un tratament pentru a fi eliberaţi de detresa lor mai curând decât de a trece de la o stare satisfăcătoare la o stare mai bună"*.

Printre scalele curente de descriere care se apropie de acest mod de abordare, se numără ***"Hopkins System Checklist", "Self-Report Symptom Checklist", "General Health***

Questionnaire". Scalele cu aprecierile atribuite de observatori sunt ***"Hamilton Anxiety Scale"*** și ***"Melancolia Scale"***. Ne lipsesc multe informații despre calitatea vieții când starea de bine este măsurată doar prin aprecierea inconfortului. **(Ware, 1987)**

Fără posibilitatea de a măsura gradul de succes și de satisfacție pierdem o mare parte a posibilității de evaluare a calității vieții, limitați fiind de faptul că noțiunea de stare normală (sau bunăstare) este suficientă. Persoanele care au un handicap psihic se declară mai puțin satisfăcute față de ansamblul populației occidentale. Plafoanele limitante ale măsurilor de uz general (unde mare parte a persoanelor se declară satisfăcute) nu limitează măsura calității vieții când le aplicăm grupurilor handicapate sau marginalizate, incluzându-i pe cei cu handicap psihic. De ce să impunem un plafon artificial al normalului și să reducem posibilitatea de a lua măsuri?

La ora actuală, anumite proiecte de cercetare vizând studierea calității vieții se limitează la evaluarea stărilor negative chiar dacă alții încearcă evaluarea unui evantai mai larg de experiențe umane.

Opinia noastră este că toate perspectivele, toate punctele de vedere furnizează informații utile și valide asupra calității vieții persoanei. Dificultatea constă în a recunoaște și accepta fațetele multiple ale noțiunii de calitate a vieții și de a rezista tentației de a folosi un singur criteriu ca indicator valabil al calității vieții, ignorându-le pe celelalte

Scala domeniilor vieții a lui **Flanagan** își propune, de exemplu, să exploreze 15 categorii de domenii de viață. Printre aceste categorii, patru sunt legate de relațiile cu alte persoane, prieteni sau membri de familie:

Relații cu soțul (sau partenerul)

Acest domeniu este legat de viața conjugală sau de relația cu partenerul: amor, companie, satisfacție sexuală, înțelegere, comunicare, apreciere, devotament și mulțumire.

Rolul de părinte

Acest domeniu este legat de faptul de a avea și de a crește copii: dorința de a-i vedea crescând, de a petrece timp cu ei și de a iubi compania lor. Sunt de asemenea incluse: educarea, ghidarea, ajutorul, influențarea, aprecierea copiilor.

Relațiile cu părinții, frații și surorile, cu ceilalți membri ai familiei

Acest domeniu este legat de faptul de a avea părinți, frați și surori. În aceste relații comunicăm cu persoanele respective, avem activități comune, le apreciem, le înțelegem, beneficiem de ajutorul lor sau le ajutăm la rândul nostru. Sentimentul de a aparține unui grup și de a avea cu cine discuta despre problemele noastre este foarte important.

Relațiile cu prietenii

În acest tip de relații se împărtășesc opinii, activități și interese comune. Aspectele importante sunt de a fi acceptat, de a se vedea, de a furniza ajutor și de a-l primi, de a iubi, de a avea încredere, de a sprijini și de a sfătui.

Scala domeniilor vieții a lui **Flanagan** nu abordează decât indicatorii subiectivi ai calității vieții. Este un instrument de măsură larg, care evaluează pe rând stările pozitive și negative (nevoile nefiind împlinite, sau dimpotrivă). Această scală colectează informații asupra punctului de vedere al subiectului.

Pentru noi calitatea vieții este o problemă multidimensională. Satisfacția este o problemă centrală. Trebuie considerată capacitatea de a funcționa. Provocarea pentru

evaluatorii și cercetătorii din domeniul măsurii calității vieții este de a găsi modul de a integra și de a rezuma informațiile pertinente. Refuzăm limitarea la un singur instrument de măsură pentru a defini calitatea vieții. Nu acceptăm avertismentul unor autori conform căruia instrumentele multiple riscă să creeze dificultăți de interpretare (de exemplu când într-un studiu al rezultatelor, două instrumente indică tendințe opuse, o agravare după un instrument și o ameliorare după altul). Mai curând, trebuie să găsim un mod de a îmbrățișa complexitatea și inconsistența schimbărilor provocate de tratament. Trebuie găsite modalitățile de a utiliza conceptul calității vieții pentru ca în cercetare să putem face generalizări pe datele furnizate de unul sau mai multe instrumente.

Elementele ce caracterizează calitatea vieții după **Felce D., Perry J. (1996)**

EVALUAREA OBIECTIVĂ A CONDIȚIILOR DE VIAȚĂ

EVALUAREA SUBIECTIVĂ A SATISFACȚIEI PERSONALE

Starea de bine fizic	**Starea materială bună**	**Starea socială bună**	**Dezvoltare și activitate**	**Confort emoțional**
Sănătatea	Calitatea locuinței	Relații personale	Competențe	Afecte pozitive
Siguranța personală	Intimitate	Viața de familie	Independență	Afecte negative
Condiția fizică bună	Vecini	Prietenii	Alegere și control	Stres
Mobilitatea	Averea	Viața socială	Productivitate	Sănătate mintală
	Alimentație	Implicarea comunitară	Activitate profesională	Stimă de sine
	Transport	Activități, acceptanță și suport	Activități gospodărești	Statut și respect social
	Securitate		Timp liber	Convingeri și credințe
			Hobby-uri	Sexualitate
			Educație	

VALORI PERSONALE

CALITATEA VIEȚII

ORGANIZAREA SERVICIILOR DE PSIHIATRIE DE LEGĂTURĂ

Dacă în deceniul VIII încă mai exista întrebarea „Unde și în ce fel se poate organiza un serviciu de psihiatrie de legătură?", în acest moment răspunsurile multiple vin să afirme ubicuitatea necesității existenței unui astfel de serviciu.

Astfel, **Ortiz P.** afirmă că: consultația în psihiatria de Legătură iese la iveală ca o legătură între corp și minte. Întemeierea serviciilor de „consultație-legătură" în spitale a început câțiva anii în urmă și este în continuă dezvoltare în multe țări. Serviciile „con-

sultație-legătură" pediatrice au câteva caracteristici comune cu cele pentru adulți, dar altele sunt specifice.

Oxman T.E. (1996) stabilește ca și mulți alți autori legături între îngrijirile geriatrice și consultația de legătură psihiatrică în special în îngrijirea de urgență.

Ramchandani D., Lamdan R.M., O'Dowd M.A., Boland R., Hails K., Ball S., Schindler B.A. încearcă să lămurească controversele despre rolul și funcționarea consultației psihiatrice de legătură în nu mai puțin de cinci spitale universitare afirmând necesitatea prezenței unor astfel de servicii.

Analiza unui serviciu de psihiatrie de legătură la un spital universitar de obstetrică-ginecologie din Melbourne constată o rată constantă favorabilă acestui serviciu din partea celor spitalizați. 86% din doctori au găsit aceste consultații „foarte" sau „destul de" folositoare și 83% din pacienți care au răspuns la tratament au fost de aceeași părere.

Acest serviciu de psihiatrie de legătură reprezenta în 1990 un pionierat în domeniul obstetricii-ginecologiei, și continuă să fie foarte utilizat. Creșterea datelor de referință va fi una din cele mai mari provocări în viitorul acestui serviciu.

Cele câteva date de referință nu vor să fie decât ilustrarea unor mesaje care vin din cele mai diverse domenii dar au un conținut unic și anume acela că psihiatria de legătură reprezintă cu siguranță un domeniu de referință al viitorului, iar organizarea unor astfel de servicii depinde de imaginația și disponibilitatea afectivă, de competența profesională și managerială a organizatorilor.

În opinia noastră, după o activitate de 60 de luni în cadrul unui spital general din România, desfășurarea activităților de acest tip trebuie să se facă în orice spital general cu mai mult de 250 de paturi.

COMORBIDITATE PSIHIATRICĂ ȘI MEDICALĂ ÎN SPITALUL GENERAL

Au fost multe discuții în legătură cu modul de examinare psihiatrică a unui pacient cu o suferință medicală sau chirurgicală. Este evident că abordarea psihanalitică, prin durata extrem de lungă este puțin adecvată. Cei mai mulți dintre acești pacienți nu au avut contact cu psihiatria sau psihoterapia, mulți sunt regresați în contextul experienței bolii și în mod obișnuit nu solicită un consult psihologic, iar alții au unele tulburări cognitive ceea ce interferă cu acest demers.

De asemenea, menținerea confidențialității absolute în cadrul relației medic-pacient nu este posibilă pentru psihiatrul consultant deoarece medicul curant așteaptă răspunsul la consultația solicitată. Acest lucru poate fi clarificat pacientului ("eu îi voi prezenta doctorului care vă îngrijește un mic rezumat cu ceea ce au am găsit ca și recomandările pe care doresc să vi le fac"). Dacă pacientul dorește să îi spună psihiatrului un "secret", psihiatrul va trebui să îi explice că dacă îi va destăinui acest secret și medicului curant, acesta îi va înțelege mai ușor situația și astfel îi va acorda o îngrijire mai bună. Astfel se reduce probabilitatea de abandon al pacientului din cadrul echipei terapeutice.

Pentru realizarea istoricului şi a examinării psihice trebuiesc formulate numeroase întrebări deschise şi închise; aceste date constituie baza informaţiilor necesare pentru formularea diagnosticului diferenţial şi al planului de tratament. Din datele astfel obţinute se pot face formulări psihodinamice, adesea folositoare pentru înţelegerea problemelor pacientului. Asemenea formulări trebuiesc apoi traduse într-un limbaj accesibil pentru medicul curant şi pentru personal. Acest lucru ajută mult la înţelegerea problemelor pacientului de către personalul care îl îngrijeşte.

Studiul raportului comorbiditate/durata internării (**Saravay & Lavin, 1984**) trecând în revistă 21 de studii internaţionale 7 (retrospectiv 1, încrucişate 2, prospective 4) şi 14 americane (retrospective 7, prospective 7). 76% au arătat o asociere semnificativă între comorbiditatea psihiatrică sau psihologică şi medicală cu creşterea duratei de spitalizare. Cu cât populaţia studiată a fost mai mare, cu atât durata de spitalizare şi-a corelat semnificativ poziţia cu comorbiditatea fiind mai crescută.

Mai mult, **Mayou şi colab.** (1991) studiind grupuri de pacienţi vârstnici internaţi în spitalul general, au arătat că se pot face predicţii privind reinternarea în cursul aceluiaşi an la cei care prezentau tulburări cognitive şi afective mai severe.

Roger şi colab. (1989) arată că delirium postoperator cu o evoluţie somatică proastă la 6 luni pentru pacienţii cu probleme ortopedice peste 60 de ani chiar atunci când preoperator starea neuropsihologică este bună. Bătrânii cu stări confuzionale în timpul internării revin mult mai rapid în spitalul general după externare decât alţi pacienţi de aceeaşi vârstă (**Francis şi colab., 1990**).

Levenson şi colab. (1990) au observat asociaţii semnificativ pozitive între depresie, anxietate, tulburări cognitive şi durere, pe de o parte şi prelungirea duratei de spitalizare şi a cheltuielilor, pe de altă parte.

Este de subliniat că valoarea psihiatriei de legătură nu poate fi stabilită real doar pe cazurile prezentate de medicii de altă specialitate, ci pe studii care privesc întreaga populaţie internată.

TIPURI DE INTERVENŢIE ÎN PSIHIATRIA DE LEGĂTURĂ

Un serviciu de legătură este un departament care răspunde solicitărilor altor servicii pentru a-i ajuta în punerea diagnosticului şi în stabilirea tratamentului şi, mai ales, în clasificarea situaţiilor dificile cu care se confruntă celelalte servicii. În cel mai rău caz această muncă de consultaţii de legătură nu este altceva decât o scurtă incursiune în treburile altui serviciu care se finalizează de obicei printr-o notă scrisă în care se schiţează (se stabileşte) un plan de acţiune. Intervenţia propriu zisă este lăsată la decizia celui care a fost consultat. Psihiatrul de legătură este ca un pompier care rezolvă un incendiu şi apoi nu are timpul să se ocupe cu programe de prevenţie şi profilaxie a situaţiilor de criză.

Un serviciu de psihiatrie de legătură necesită competenţă, bani şi motivaţie. Este necesară existenţa unui personal suficient şi calificat pentru a-i permite psihiatrului să realizeze investigaţii mai complicate decât simplul interviu cu pacienţii cu tulburări psihiatrice trimişi către el. El trebuie să fie capabil să participe la întâlniri, să discute individual cu pacienţii, cu medicii curanţi şi cu medicii de familie, să ţină întâlniri de lucru cu surorile din spital.

Psihiatria de legătură este așezată la interfața dintre medicină și psihiatrie, ea incluzând nu doar consultația psihiatrică tradițională a unui pacient individual, ci și trecerea dincolo de această sarcină individuală, făcând din psihiatru un membru fidel *(bona ide)* al echipei medico-chirurgicale.

Stabilirea unei relații de legătură înseamnă că psihiatrul va fi în contact cu toată comorbiditatea psihiatrică și medicală a unei unități, secții sau departament și nu doar un consultant al pacienților identificați și trimiși către el de către secția respectivă. Mai departe, este recomandabil să interacționeze cu celelalte discipline paramedicale ca activitatea de nursing, asistența socială, pentru a le mări acestora capacitatea de a depista, trata și/sau trimite pentru consultații acei pacienți cu tulburări psihice (și de a ajuta îngrijitorii sau membrii de familie să-și stăpânească propriile emoții față de pacient); să influențeze sistemul medical de îngrijire; să determine implicarea sistemului de sprijin al pacientului; să conducă cercetări privind interacțiunea dintre comorbiditatea medicală și psihiatrică.

Îngrijirea spitalicească rămâne cea mai scumpă formă de îngrijire medicală. Pentru menținerea unui sistem viabil și eficient de îngrijire a sănătății sunt necesare intervenții pentru identificarea pacienților psihiatrici spitalizați și nevoile lor psihosociale și tratarea lor pentru a reduce morbiditatea somatică și a scădea durata de spitalizare. De fapt, sunt multe variabile care contribuie la internare și la creșterea duratei de spitalizare, altele decât condiția medicală.

STUDIUL	Nr. de pacienți	Reducere procentuală	Cauzele de prelungire
SIMMER 1974	2500 pacienți	11,8% din zile	nemotivate de acuze somatice
GLASS 1978	363 pacienți	18% din zile	secundare factorilor sociali
MASSON 1980	5000 pacienți	21% din zile	factorii sociali forțează internarea

ICEBERGUL PATOLOGIEI ȘI INTERVENȚIA PSIHIATRULUI

În termeni epidemiologici, psihiatria de legătură încearcă să se identifice cu un numitor al prevalenței morbidității psihiatrice din instituțiile medicale, în timp ce consultanța de psihiatrie, prin natura precisă a procesului de *„trimitere la"* este legată doar de numărător (**Strain & Strain, 1988**).

Istoric, consultanța a fost metoda prin care o disciplină medicală interacționează cu alta, aceasta presupunând că o disciplină discerne când nevoile pentru o altă specialitate sunt existente. Datele demonstrează totuși că, cel puțin în privința psihiatriei, specialitățile medico-chirurgicale recunosc relativ puțini pacienți cu comorbiditate psihiatrică și atunci când o fac, relativ puțini pacienți sunt trimiși la consult (**Fulop și Strain, 1985; Strain & colab., 1991; Walen și colab, 1987**).

Un studiu făcut la Manchester, într-un spital general, pe un eșantion randomizat a 100 de pacienți dintr-un departament de medicină internă a arătat că la două treimi din pacienți factorii psihosomatici par să influențeze boala și decizia pentru tratamentul spitalicesc.

Practic, este o mare prăpastie între patologia psihiatrică care există în serviciile medico-chirurgicale și aceea care este identificată de personalul medico-chirurgical și/sau orientată către psihiatrie. Pacienții care sunt trimiși la consultantul de psihiatrie de legătură, reprezintă doar vârful unui foarte mare *„iceberg"*. De aceea, procesul tradițional de consultanță impune orientarea spre stabilirea nevoilor clinice; procesul interferează cu cercetarea prevalenței interactive minte-corp, evoluția intervențiilor studii cost-eficiență sau studiul mecanismelor bolii.

Cohorta de persoane consultate va fi doar un mic subgrup format din acei pacienți cu comorbiditate psihiatrică și medicală din instituția medicală. Majoritatea pacienților rămân neidentificați, netratați și neconsultați (**Strain și colab., 1986**).

În consecință, limitele metodologiei consultanțelor necesită evaluări și intervenții psihiatrice, biopsihosociale și comportamentale care s-au dovedit că influențează nu numai sănătatea mintală, dar și sănătatea generală. Cadrul conceptual al psihiatriei de legătură este acela de a pătrunde în sistemul serviciului medico-chirurgical, de a avea acces la *numărător* (întreaga cohortă de pacienți) și nu de a fi redus la *numitor* adică la trimiterile selecționate din populația de pacienți.

EXPECTAȚIILE SOMATICIANULUI FAȚĂ DE PSIHIATRIA DE LEGĂTURĂ

Medicii somaticieni așteaptă de la consultantul psihiatru să clarifice diagnosticul, să trateze simptomele, să asiste echipa de terapie somatică sau chirurgicală în îngrijirea bolnavului, uneori să–și asume responsabilitatea totală sau parțială față de caz.

Prioritățile serviciului de consultanță de legătură variază de la un serviciu la altul. Uneori medicii somaticieni care sunt comunicativi, deschiși, siguri pe ei, capabili, cu un înalt grad academic, detectează cu mai mare precizie simptomele psihiatrice (**D. Goldberg și colab., 1982**); cu toate acestea rata prevalenței tulburărilor psihice nedetectate rămâne ridicată la pacienții îngrijiți în servicii de îngrijire primară. Adaptarea consultației la nevoile serviciului care trimite pacientul este extrem de important pentru creșterea numărului de solicitări (**Schubert și colab., 1989**). De exemplu, un chirurg care vrea să știe dacă pacientul său este capabil să își dea consimțământul informal privind operația este foarte adesea neinteresat de aspectele psihologice ale problemei chirurgicale. (**Cohen-Cole și Friedman 1982**).

Ce așteaptă cel mai adesea medicii de la psihiatrii?

Servicii de medicină internă

- Vizite ale pacienților efectuate în mod continuu
- Recomandări privind îngrijirea pacientului în secție
- Aranjamente pentru transfer în servicii de psihiatrie, dacă este cazul
- Evaluarea și sprijinirea medicului somatician și al echipei terapeutice în înțelegerea aspectelor psihosociale ale suferinței pacientului

Servicii de chirurgie

- Evaluarea competenței
- Aranjamente pentru transfer, atunci când este indicat
- Recomandare de medicație psihotropă

- ♦ Recomandări privind îngrijirea pacientului în secție
- ♦ Vizita pacientului continuă
- ♦ Aranjamente pentru internare, atunci când este indicat

Servicii de obstetrică/ginecologie
- ♦ Evaluarea stării mintale
- ♦ Vizite continue ale pacienților
- ♦ Recomandări de medicație psihotropă
- ♦ Evaluarea și ajutarea medicului și a personalului secției
- ♦ Să înțeleagă aspectele psihosociale ale suferinței bolnavului
- ♦ Psihoterapie cu pacientul sau cu membrii de familie

Serviciu de pediatrie
- ♦ Vizitarea continuă a pacienților
- ♦ Evaluare psihiatrică și tratamentul familiei pacientului
- ♦ Recomandări privind îngrijirea pacientului în secție
- ♦ Evaluarea psihogenezei problemelor somatice
- ♦ Sprijin în înțelegerea aspectelor psihosociale ale suferinței pacientului

Serviciu de recuperare
- ♦ Evaluarea stării mintale
- ♦ Ajutarea medicilor și a personalului secției să facă față reacțiilor pacienților individuali și stresului generat de comportamentul bolnavului
- ♦ Recomandări privind îngrijirea în secție
- ♦ Ajutarea personalului secției să înțeleagă aspectele psiho-sociale ale suferinței bolnavului
- ♦ Vizite continue ale pacienților
- ♦ Recomandări de diagnostice adiționale
- ♦ Realizarea consultației

PSIHIATRIA DE LEGĂTURĂ CA FACTOR EDUCAȚIONAL

Putem afirma că pentru pregătirea și învățarea problemelor de sănătate mintală din practica generală, atât la nivel universitar cât și preuniversitar, accentul trebuie pus pe următoarele trei elemente:

1. Diagnostic: pregătirea în tehnica interviului și în folosirea procedeelor de evaluare, incluzând interviurile standardizate; scale și chestionare adecvate; relația doctor-pacient; precum și pregătirea în diagnosticul psihiatric.

2. Folosirea medicamentelor psihotrope. Este cunoscut faptul că cine prescrie cel mai des psihotropele nu sunt psihiatrii, ci medicii generaliști. În proiectele de pregătire este necesară deci, o atenție specială acordată folosirii psihotropelor de bază de către medicul generalist. Având în vedere puternica lor acțiune iatrogenă, este foarte important de a da mare atenție prescrierii acestora. Dacă doctorul nu cunoaște bine medicamentul, sănătatea pacientului sau chiar viața sa poate fi în pericol.

3. Învățarea medicului generalist a unor forme simple de psihoterapie și despre tehnici de asistență familială.

Conturarea acestui program educațional presupune ca obiectivele sale să fie bazate pe competență și orientate pe problemele studentului și pe rezolvarea acestora. Dacă este bazat pe subiect și centrat asupra pregătirii, dacă nu dă posibilitate studenților să participe activ, iar sistemul nu este bazat pe competență, atunci prin definiție studenții nu pot învăța elementele „evaluării", „intervențiilor comportamentale" și „prescrierii rationale".

Educația continuă joacă un rol major în obținerea garanției că medicul își lărgește pregătirea sa medicală de bază și că este la curent cu realitățile practicii medicale și cu nevoile pacienților.

De la publicarea lucrării lui **Shepherd ș.a.(1996)**, s-a acordat o mai mare importanță activității de cercetare a acestui subiect în mai multe țări, cercetare care a demonstrat că ***majoritatea bolilor psihiatrice sunt tratate de nespecialiști***.

Două publicații ale Institutului Național de Sănătate Mintală (NIMH-SUA) în acord cu studiile inițiale, au relevat incidența și prevalența foarte crescute ale bolilor mintale în practica generală. Un alt studiu a arătat o discrepanță mare între prevalența crescută a bolilor mintale și standardele scăzute de recunoaștere, diagnostic și tratament în practica generală (**Shepherd ș.a., 1966; Regier ș.a., 1978; Hoeper ș.a., 1979**).

În ultima perioadă, cercetătorii și-au concentrat atenția pe necesitatea detectării mai precise și pe tratamentul afecțiunilor psihiatrice de către medicii generaliști, pe istoricul acestor boli, pe relația lor cu bolile somatice și pe organizarea serviciilor de sănătate care privesc aceste aspecte.

Schulberg și Burns (1988) au arătat în lucrările lor că aproximativ 60% din îngrijirea cazurilor episoadelor acute ale bolilor mintale este acordată excesiv de către medicul generalist. Aceleași lucrări indică, de asemenea, că rata prevalenței morbidității psihiatrice din practica generală diferă încă destul de mult în diferite țări, inclusiv în țările dezvoltate.

Depresia ca simptom, sindrom sau boală, cu sau fără anxietate, este cea mai frecventă dintre toate bolile întâlnite de medicul generalist. Stările de anxietate reprezintă, probabil, cea mai frecventă subcategorie, explicând un procent de aproximativ 10% dintre episoadele psihiatrice întâlnite în practica generală (**Shulberg și Burns, 1988**).

Studiile au arătat că o proporție mare a acestor boli psihiatrice trece fără a fi recunoscută de către medicul generalist. O serie de studii care folosesc Programul pentru boli afective și schizofrenie sau Programul - Interviu în scop diagnostic, au dezvăluit frecvențe ascunse (mascate ale morbidității **(Schulberg și Burns, 1988).** Într-un proiect de cercetare al OMS realizat în clinici de asistență primară de sănătate din patru țări în curs de dezvoltare (**Harding ș.a., 1980**) s-a descoperit că 2/3 dintre bolile psihiatrice nu au fost diagnosticate de către personalul medical.

Williams (1985) în lucrarea sa, ajunge la concluzia că medicii generaliști nu recunosc 1/3 până la 1/2 din pacienții cu afecțiuni psihiatrice. Aceste rezultate subliniază importanta educării și pregătirii medicilor generaliști pentru descoperirea și tratarea bolilor psihiatrice, mai ales a celor mai frecvente (anxietatea și depresia) pe care le întâlnesc la pacienții din practica lor medicală.

Educarea și pregătirea medicilor generaliști în problemele de sănătate mintală are loc la următoarele nivele:

Preuniversitar

Postuniversitar- care se împarte în două părți:

- instruirea postuniversitară din cadrul rezidențiatului (ex.: imediat după absolvire)
- după absolvire ca un proces de educare continuu, de-a lungul întregii vieți active a medicului.

În timp ce pregătirea pre și postuniversitară se realizează sub forma pregătirii instituționalizate, de educație structurată din universități, educația continuă a medicului implică o serie de alte surse de informare, ca asociații medicale, congrese, simpozioane, discuții la masa rotundă și alte medii particulare sau oficiale care aduc la zi cunoștințele personalului medical.

Școala medicală sau sistemul de educație medical responsabil trebuie să asigure absolvirea studenților sau obținerea licenței de a practica medicina numai în cazul în care aceștia au obținut cunoștințele și îndemânările necesare.

MODELE DE ÎNVĂȚĂMÂNT PSIHIATRIC PENTRU ÎNGRIJIRI PRIMARE (1983)

MODELUL	CUM ȘI CINE FACE	TIP ÎNVĂȚARE
consultație simplă	abordare prin prezentare de caz	învățământ informal structurat
Liaison	abordare formală structurată, exerciții pedagogice	învățarea elementelor de bază și aptitudinale
Bridge	un profesor de psihiatrie la o unitate de învățământ pentru generaliști	învățământ structurat
Hibrid	psihiatru + comportamentalist (sociolog, psiholog) echipa multidisciplinară	învățământ informal, formal
Autonom	psihiatrul este angajat de un grup de îngrijire și nu este legat de psihiatria de legătură sau este vorba de un comportamentalist nepsihiatru	informal
Supra specializare	învățare a sănătății mintale 1-2 ani câștigând competență	formal + informal

PSIHIATRIA DE LEGĂTURĂ ÎN ROMÂNIA – REALITĂȚI ȘI OPȚIUNI PENTRU VIITOR

Psihiatria de legătură s-a dovedit una dintre cele mai fertile direcții în care psihiatria contemporană s-a dezvoltat. Această direcție este cea în care apartenența la *cor-*

pusul medicinii își valorifică plenar valențele îmbogățind pe de o parte orizontul teoretic și practic al celorlalte specialități, iar pe de altă parte, ancorând demersul psihiatric în realitatea biomedicală. Cu toate că în majoritatea țărilor cu sisteme medicale dezvoltate, psihiatria de legătură este de mult un domeniu consacrat iar ultimul deceniu a făcut din psihiatria de legătură o specialitate care nu lipsește din nici un spital care are mai mult de 150 de paturi, în România inerția dar și rezistența la nou a făcut ca primul serviciu de acest fel să apară abia în 1995 în cel mai mare spital universitar. La un an de la apariția acestui serviciu, în actele celui de-al II-lea simpozion internațional de psihoterapie și psihosomatică se menționa: *Umanizarea actului medical trebuie să se producă și în România. Modelul consultației de legătură în psihiatrie, model pe care îl vedem aplicat în întreaga Europă a mileniului al III-lea, trebuie asimilat și de România.* **(V. Mihăescu, M Alexiu și colab.)** Am primit cu entuziasm cuvintele distinșilor colegi din Iași și dacă am fi fost invitați, le-am fi putut oferi surpriza și satisfacția să constate că arzătoarea dorință a domniilor lor a prins deja contur și se constituie într-un model aplicativ românesc. Poate acesta rămâne un destin al creației naționale, fie că ea este științifică sau artistică, să se afle întâi despre aceasta peste granițe. Așa s-a întâmplat și cu departamentul psihiatrie de legătură din Spitalul Universitar din București ale cărui date funcționale și structurale au fost prezentate în 1996 la München, Madrid și Salonic.

Rezultatele primilor ani de funcționare arată cu claritate atât necesitatea unui astfel de serviciu cât și posibilitățile enorme de dezvoltare ale acestui tip de practică specifică a psihiatriei. Din păcate, până în acest moment nu au fost încă dezvoltate servicii de psihiatrie de legătură asemănătoare în alte spitale din țară. O reală reformă în medicina românească și mai ales în psihiatrie va impune cu siguranță dezvoltarea acestei direcții și implicit creșterea comunicării psihiatrilor cu celelalte specialități, în primul rând cu medicul de familie.

Echipa operativă concepută să răspundă cererilor din acest serviciu este alcătuită dintr-un medic coordonator, trei medici specialiști, doi psihologi, cinci asistente medicale, doi operatori PC. De la data deschiderii departamentului au fost acordate 9895 consultații, a fost creată o bază de date computerizată care face accesul la informație foarte facil, acesta fiind primul departament din Spitalul Universitar care a introdus folosirea acestui mod de culegere a datelor de la început. Legătura cu celelalte clinici și departamente se stabilește prin telefon, paging și intranet.

FUNCȚIILE ASUMATE DE ACEST TIP DE SERVICIU SUNT URMĂTOARELE:

- analiza patologiei psihiatrice reale în spitalul general
- folosirea corectă a criteriilor diagnostice ale afecțiunilor psihice conform ICD-10
- intervenția terapeutică specifică
- folosirea psihoterapiei
- oferirea unei alternative
- oferirea unui model modern de îngrijire
- descreșterea costul spitalizării
- prevenirea iatrogenozei
- colaborarea continuă cu medicii generaliști

DISTRIBUȚIA BOLNAVILOR CONSULTAȚI ÎN RAPORT CU SECȚIILE ÎN CARE SUNT TRATAȚI

SECȚIA	DIN NR. TOTAL PERSOANE CONSULTATE	NR. TOTAL BOLNAVI
AMB	12,14%	19,07%
MEDICALĂ 1	12,95%	20,34%
MEDICALĂ 2	11,69%	18,37%
BALNEOLOGIE	6,62%	10,40%
NEUROLOGIE	5,26%	8,26%
CHIRURGIE 2	3,88%	6,09%
MEDICALĂ 3	3,51%	5,52%
ORTOPEDIE	1,58%	2,49%
CHIRURGIE 1	1,52%	2,39%
OFTALMOLOGIE	1,50%	2,36%
CAMERA DE GARDĂ	0,93%	1,47%
GINECO-OBST.	0,85%	1,34%
ATI	0,61%	0,96%
NEUROCHIRURGIE	0,61%	0,96%
TOTAL		100%

Ponderea numerică a acestor servicii a fost la nivelul anului 1997 următoarea:

GRUPA DE SPECIALITĂȚI	NR. DE BOLNAVI	PROCENT
Medicale	9.390	23,62
Balneologie	1.909	4,81
Neurologie	2.410	6,06
Obstetrică-ginecologie	8.921	22,43
Terapie intensivă	3.559	8,95
Ortopedie	2.426	6,10
Neurochirurgie	1.789	4,50
Oftalmologie	1.868	4,71
Chirurgie	7.484	18,82
TOTAL	39756	100

În continuare vom analiza raportul dintre ponderile pe care le au diferitele specialități în structura spitalului și cele ale solicitărilor de consultanță psihiatrică.

GRUPA DE SPECIALITĂȚI	PONDERE ÎN SPITAL	PONDERE PSIHIATRIE
Medicale	23,62	44,25
Balneologie	4,81	10,40
Neurologie	6,06	8,26
Obstetrică-ginecologie	22,43	1,34
Terapie intensivă	8,95	0,96
Ortopedie	6,10	2,49
Neurochirurgie	4,50	0,96
Oftalmologie	4,71	2,36
Chirurgie	18,82	8,48
Camera de gardă	-	1,47
Ambulator	-	19,07
TOTAL	100	100

Grupa specialităților medicale ocupă ponderea cea mai importantă atât în structura spitalului cât și la psihiatrie, lucru absolut firesc în condițiile în care în lume se vorbește despre tratamentul psihiatric ale bolnavului din secțiile de medicină internă, așa cum o face manualul ***Îngrijirea psihiatrică a pacientului de medicină internă*** apărut sub redacția **A. Stoudemire și B.S. Fogel, *Oxford University Press 1993).***

În plus, serviciile de medicală au o pondere dublă în ceea ce privește solicitările pentru psihiatrie, față de ponderea pe care o ocupă în structura spitalului.

În aceeași situație și, în modul cel mai firesc, se află serviciul de balneologie-recuperare, care chiar dacă se situează la nivelul rangului 7 în structura spitalului, la psihiatrie urmează imediat clinicilor medicale.

Tot firești sunt lucrurile în ceea ce privește neurologia, cu care la început colaborarea a fost mai fragilă, dar ulterior ea a devenit un fapt normal avându-se în vedere intricarea deosebită a patologiei.

GRUPA DE SPECIALITĂȚI	RANGUL ÎN SPITAL	RANGUL ÎN PSIHIATRIE	RAPORTUL PONDERILOR
Medicale	1	1	1,87
Balneologie	7	3	2,16
Neurologie	6	5	1,36
Obstetrică-ginecologie	2	9	0,05
Terapie intensivă	4	10	0,10
Ortopedie	5	6	0,40
Neurochirurgie	9	10	0,21
Oftalmologie	8	7	0,50
Chirurgie	3	4	0,45
Camera de gardă	-	8	-
Ambulator	-	2	-

Pentru chirurgie, oftalmologie şi ortopedie, ponderile, ca şi nivelul de solicitare se înscriu în limite firești sau tind să se apropie de normal.

Nu acelaşi lucru se întâmplă cu serviciile de neurochirurgie, în care cu siguranţă ponderea psihiatriei ar trebui să fie mult mai mare, chiar dacă rangurile din întâmplare coincid.

O situaţie paradoxală este aceea a obstetricii-ginecologiei, care deşi ocupă rangul 2 în spital, este cel mai puţin solicitant, fiind în dezacord cu orientările în domeniu şi cu statisticile psihiatriei de legătură din cele mai diverse locuri.

Care sunt motivele discrepanţelor mai sus menţionate? În primul rând, există diferenţe între atitudinea medicilor nepsihiatri faţă de psihiatria de legătură în teorie şi în realitate. Teoretic, medicul ar trebui să afle toate bolile pacientului său, să găsească diagnosticele corecte şi tratamentul pentru aceste boli. Ar trebui ca medicul să-şi dorească eficienţa actului medical, creşterea complianţei terapeutice şi îmbunătăţirea calităţii vieţii pacientului. Existenţa unui număr larg de pacienţi cu probleme psihice ar implica o atitudine autoprotectivă din partea clinicienilor nepsihiatri, evitarea eforturilor inutile de a include orice altă patologie în specialitatea proprie şi căutarea soluţiilor pentru problemele somatoforme.

În realitate situaţia este diferită, clinicianul îşi doreşte diagnostice foarte sofisticate care să acopere un număr mare de simptome şi încearcă să folosească medicamente de ultimă generaţie ("medicamentul universal" sau intervenţii chirurgicale precum laser sau laparoscopie). Medicul prelungeşte durata internării până când un nou pacient este spitalizat; nu are nici o noţiune a "calităţii vieţii", considerată a fi cel mult o noţiune sociologică din punctul său de vedere. Medicul apelează la resursele volitionale ale pacientului care trebuie să-şi ascundă simptomele psihice; medicul încurajează pacientul spunându-i că nu are ce căuta într-un *„spital de nebuni"* sau *"dacă accepţi medicamentele psihiatrilor vei deveni dependent"*.

Situaţia ideală	Situaţia reală
Dorinţa de a cunoaşte toate afecţiunile pe care pacientul le are, diagnosticul şi tratamentul corect al acestora	*Căutarea unui diagnostic cât mai sofisticat dintr-o specialitate medicală care ar acoperi un număr incredibil de simptome*
Eficientizarea actului medical precum şi creşterea complianţei terapeutice şi a calităţii vieţii pacientului	*Încercarea unei terapii medicamentoase de ultimă generaţie ("panacee de specialitate") sau cu operaţii prin laparoscopie si laser al unor simptome şi sindroame rău delimitate*
O atitudine autoprotectivă din partea medicilor curanţi de alte specialităţi, evitarea efortului inutil de a circumscrie orice patologie propriei specialităţi şi de a căuta remedii pentru tulburările somatoforme	*Medicul prelungeşte durata de internare până la găsirea unui nou pacient, nu au auzit de noţiunea de "calitate a vieţii" pe care o consideră cel mult aparţinând sociologiei*
Explicarea pentru pacient a utilităţii unui tratament combinat şi de eliminare a cauzelor psihiatrice ale suferinţelor sale	*Apelul la resursele volitionale ale pacientului care ar trebui să se abţină de a avea simptome psihice*
Crearea unei imagini identice cu celelalte specialităţi pentru psihiatrie	*Proliferarea unor imagini nemedicale privind suferinţa psihică*

Utilitatea consultației psihiatrice este facil de remarcat din repartiția diagnostică a cazurilor trimise pentru consultație care a fost următoarea:

REPARTIȚIA CONSULTAȚIILOR ÎN FUNCȚIE DE DIAGNOSTICUL PSIHIATRIC

DIAGNOSTIC	%
alcoolism cronic	4,97
boala afectivă unipolară	1,47
boala afectivă bipolară	0,45
boala Alzheimer	1,57
delirium tremens	0,74
depresie fond organic	4,74
depresie reactivă	13,27
depresie secundară	3,46
distimie	12,75
epilepsie	0,6
Episod depresiv major	4,45
nespecificate	1,53
oligofrenie	1,15
schizofrenie	3,27
sindrom psihoorganic acut	1
sindrom psihoorganic cr.	13,14
tulburare anxioasă	8,46
tulburare delirantă	1,41
tulburare disociativă	0,41
tulburare fobică	2,62
tulburare obsesională	0,35
tulburări de panică	0,1
tulburări de personalitate	5,32
tulburări factice	0,48
tulburări nevrotice	2,72
tulburări somatoforme	9,52
total	100

Programele noastre viitoare sunt reprezentate de câteva măsuri care în opinia noastră, îmbunătățind calitatea asistenței psihiatrice ne va îmbunătăți imaginea și va schimba modul în care psihiatria este încă percepută. Primele activități pe care dorim să le realizăm în viitor sunt următoarele:

- Informarea continuă a medicilor de alte specialități
- Cooperarea activă cu medicul de familie
- Continuarea lucrărilor de cercetare privind psihotropele în spitalul general
- Stabilirea unor algoritmi privind atitudinea terapeutică la bolnavii cu patologie asociată

- Aprofundarea studiilor privind patologia "specifică": durerea cronică, neurastenia, anorexia/bulimia, tulburări somatoforme, dismorfofobia, sindromul oboselii cronice (SOC)
- Elaborarea unor strategii terapeutice pentru persoanele de vârsta a treia
- Elaborarea unor ghiduri de practică în psihiatria de legătură

Serviciul de consultație al unui spital general reprezintă o fereastră spre îngrijirea psihiatrică pentru un număr important de pacienți, în special pentru cei care prezintă anumite caracteristici, așa cum a fost subliniat și în această discuție (**Janet M., Paul A.K., 1999**).

Credem că apariția primului serviciu de psihiatrie de legătură a reprezentat nu numai un pas în reforma psihiatrică din România, dar și o cale de a îmbunătăți imaginea psihiatriei, sau mai bine spus, de a-i crea o imagine la nivelul timpului pe care îl trăim.

BIBLIOGRAFIE

1. ***** Toward an Integrated Medicine - Classics From *Psychosomatic* Medicine, 1959-1979.** Ed. American Psychiatric Press, Inc., Washington DC, 1995.
2. **Abbey, SE; Garfinkel, PE.** Depression and chronic fatigue syndrome: cause, effect or covariate. Rev Infect Dis (in press).
3. **Ackerman, AD; Lyons, JS; Hammer, JS et al.** *The impact of coexisting depression and timing of psychiatric consultation on medical patients length of stay.* Hosp Community Psychiatry, 39:173-176, 1988.
4. **Alexandrescu, LC.** *Clasificarea stresului psihic.* Revista Română de Psihiatrie, Pedopsihiatrie și Psihologie Medicală, serie nouă, 2-3/1993, Asociația Medicală Română, București, 1993.
5. **American Psychiatric Association.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd Ed. Revised, Washington DC, American Psychiatric Association, 1987.
6. **American Psychiatric Association.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Ed. Washington DC, American Psychiatric Association, 1994.
7. **American Psychiatric Association.** Mood Disorders: Eating Disorders. In: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV™ (4th ed.) Washington, 1994: 539-50.
8. **Andreasen, NC.** Posttraumatic Stress Disorder, in Comprehensive Textbook of Psychiatry. Edited by Kaplan HI, Freedman AM, Sadok BJ Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1980, pp 1517-1525.
9. **Andreasen, NC; Bardach, J.** *Dysmorphophobia: Symptom of disease?* Am J Psychiatry, 134:673-676, 1977.
10. **Andrei, N.** Dicționar etimologic de termeni științifici, Editura Științifică și Enciclopedică, București, 1987.
11. **Anzieu, D.** Le Moi-peau. Paris, Dunod, 1985.
12. **Anzieu, D.** Le Peneseur. Du moi-peau au moi-pensant. Paris, Dunod, 1994.
13. **Appelbaum, Paul S, MD; Jorgenson, Linda M, MA, JD; Sutherland, Pamela K, JD.** *Sexual Relationships Between Physicians and Patients.* Archives of Internal Medicine, 154(22):2561-2565, Nov 28, 1994.
14. **Arches, J.** *Social structure, burnout, and job satisfaction*, Soc-Work, May 1991.
15. **Arcia, E; Gualtieri, CT.** *Association between patient report of symptoms after mild head injury and neurobehavioural performance.* Brain Inj, Nov-Dec 1993, 7 (6) pp 481-9.
16. **Arseni, C.** Problematica sănătății azi și în viitor, Editura Academiei, București, 1984.
17. **Athanasiu, A.** Elemente de psihologie medicală, editura Medicală, București, 1983.
18. **Azorin, JM.** *(Management of somatization in depression).* Encephale, Dec 1995, 21 Spec. no 7: 17-22.
19. **Bachelard, Gaston.** Apa și visele. Ed. Univers, București, 1997.
20. **Bailly, D; Parquet, J. Une conduite addictive: la tentative de suicide**; en Les nouvelles adictions, Ed. Masson, Paris, 1991.
21. **Baker, WY; Smith, SH.** *Facial disfigurement and personality.* JAMA, 112:301-304, 1939.
22. **Bălăceanu-Stolnici, Constantin.** Anatomiștii în căutarea sufletului. Ed. Albatros, 1981.
23. **Barschneider, M.** *Gedachtnisschwache,* Wien Med Wochenschr, 1996, 146 (17) pp 482.
24. **Beaudichon J.** La communication. Processus, formes et applilcation, Armand Colin, Paris, 1999.
25. **Bergeret, Jean.** La depression et les etats-limites. Ed. Payot, Paris, 1974.
26. **Bernard, Paul; Trouv, Simone.** Sémiologie psychiatrique. Ed. Masson, Paris, 1977.
27. **Besançon G.** Qu'est-ce que la psychologie medicale?, Institut Synthélabo, Paris, 1999.
28. **Bialyszewski, A.** *Zespol przewleklego zmeczenia. Sindromul oboselii cronice.* Psychiatr Pol, Nov-Dec 1993, 27 (6) pp 601-11.
29. **Blackwell, Barry, MD.** No Margin, No Mission, JAMA: The Journal of the American Medical Association, 271(19):1466, 1994, May 18.

30. **Bohnen, N; Jolles, J; Verhey, FR.** *Persistent neuropsychological deficits in cervical whiplash patients without direct headstrike.* Acta Neurol Belg, 1993, 93 (1) pp 23-31.

31. **Bostwich, MD; Rundell, JR.** Suicidality, pp 138-162, in Text book of Consultation-Liaison Psychiatry, Inc.Washington DC, 1997.

32. **Botezat Antonescu, Liviu.** Suicidul în România. Mental Health, Societies and Cultures - Bucharest, Roumanie, 19-23 Mai 1992.

33. **Bourassa, M; Bolduc, A; Ratte, B.** *Signs, symptoms and prevention of professional burnout,* J-Dent-Que, Sep.1990.

34. **Brătescu, G.** Hipocratismul de-a lungul secolelor. Ed. Ştiinţifică, 1986.

35. **Britchnell, SA.** *Dysmorphophobia: A centenary discussion.* Br. J. Psychiatry, 153: 41-43, 1988 (suppl. 2).

36. **Brusset, B.** L'assiette et le miroir. L'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent. Privat, Toulouse, 1977.

37. **Burbiel, I; Jeanneau, M; Losinskya, E; Wied, V.** The treatment ideology dimensions of the burn-out syndrome in psychiatric institutions, 11th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP INC. BERN, Munich, Germany, March 4-8, 1997.

38. **Burrows, C; Judd, F.** *Practical management of chronic pain* in Clinical management of chronic pain and the role of mianserin, Scientific Symposium, 28 June 1992, Villefranche-sur-Mer, France.

39. **Bychowski, G.** *Disorders of the body image in the clinical picture of the psychoses.* J Nerv Ment Dis, 97:310-334, 1943.

40. **Caïn, J.** Psihanaliză şi psihosomatică, Editura Trei, Iaşi, 1998

41. **Cain, Jacques.** Le champ psychosomatique. Ed. Presses Universitaires de France, Paris, 1990.

42. **Cain, Jacques.** Le symptome psycho-somatique - recherche et perspectives partir de quelques cas cliniques. Ed. Privat, Toulouse, 1971.

43. **Casper, RC et al.** *Bulimia. Its incidents and clinical importance in patients with anorexia nervosa.* Arch. gn. psichiatr., 37, pp 1030-1035, 1980.

44. **Cathebras, P; Bouchou, K; Charmion, S; Rousset, H.** *Le syndrome de fatigue chronique: une revue critique.* Rev Med Interne, Apr 1993, 14 (4) pp 233-42.

45. **Chambers, R.** *Avoiding burnout in general practice,* Br-J-Gen-Pract, Nov 1993.

46. **Chelcea, S.** Experimentul în psihologie, Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1982.

47. **Chester, AC.** *Hypothesis: the nasal fatigue reflex.* Integr Physiol Behav Sci, Jan-Mar 1993, 28 (1) pp 76-83.

48. **Chiriţă, V, Chiriţă R.** Etică şi psihiatrie, Editura Symposion, Iaşi, 1994.

49. **Christenson, GA; Mackenzie, TB.** *Trichotillomania.* In Handbook of Prescriptive Treatments for Adults. Edited by Hersen M, Ammerman RT. New York, Plenum Press, 1994.

50. **Chung, RC; Singer, MK.** *Interpretation of symptom presentation and distress. A Southeast Asian refugee example.* J Nerv Ment Dis, Oct 1995, 183 (10) pp639-48.

51. **Ciocâlteu , Al.** Nefrologie. Ed. Infomedica, Bucureşti, 1997.

52. **Cloninger, Robert C.** Somatoform Disorders and Personality in the General Population and in Psychiatric Outpatients. 8th ECNP Congress, Veneţia, 1995.

53. **Cociorva, Gabriela; Niculăiţă, Anca; Tudose, F.** *Sindromul de burnout - suferinţa epidemică a medicilor din România,* Revista Infomedica, nr. 6, anul V, 1997, pp 34-36.

54. **Cohen, LJ; Hollander, E; Badarucco, MA.** *What the eyes can't see: Diagnosis and treatment of somatic obsessions and delusions.* Harvard Review of Psychiatry, 2:5-9, 1994.

55. **Coleman, James C; Broen, William, E. Jr.** Abnormal Psychology and Modern Life - fourth edition, London.

56. **Collier, JAB; Longmore, JM; Hodgetts, TJ.** Manual de medicină clinică - specialităţi. Ed. Medicală, Bucureşti, 1997.

57. **Cookfair, D.** *Physical and psychosocial functioning in ME.* The Nightingale, 1990: 1(3):8.

58. **Corbella, T; Rossi, L.** *La dysmorphophobie, ses aspects cliniques et nosographiques.* Acta Neuro Psychiatr Belg, 67:691-700, 1967.

59. **Comuţiu G.** Bazele psihologice ale practicii medicale, Editura Imprimeriei de Vest, Oradea, 1998.

60. **Corrigan, FM; MacDonald, S; Brown, A; Armstrong, K; Armstrong, EM.** *Neurasthenic fatigue, chemical sensitivity and GABA receptor toxins.* Med Hypotheses, Oct 1994, 43 (4) pp195-200.

61. **Cotterill, JA.** *Body dismorfic disorder.* Dermatol Clin, Jul 1996, 14(3): 437-63.

62. **Crocq, L.** *Les recherches sur la fatigue en France dans les vingt dernires annes.* Encephale, Nov 1994, 20 Spec No 3 pp 615-8.

63. **Crow, SJ; Mitchell, JE.** Rational therapy of eating disorders. *Drugs,* 1994, 48(3): 372-9.

64. **Cucu, C.I.** Psihologie medicală, Editura Litera, Bucureşti, 1980.

65. **Dancy J., Sosa E.** Dicţionar de filosofia cunoaşterii vol. I, editura Trei, Iaşi, 1999.

66. **Dantzer, R.** *Stress theories and the somatization process.* Encephale, Dec 1995, 21 Spec. no 7: 3-9.

67. **Davis, C; Yager, J.** *Transcultural aspects of eating disorders: a critical literature review.* Cult Med Psychiatry, 1992, 16: 377-94.

68. **de Portugal Alvarez, J; Rivera Berrio, L; Gonzalez San Martin, F; Sanchez Rodriguez, A; de Portugal, E; del Rivero, F.** *Etiologia del malestar general aislado.* An Med Interna, Oct 1996, 13 (10) pp 471-5.

69. **de Souzenelle, Annick.** Simbolismul corpului uman. Ed. Amarcord, Timişoara, 1996.

70. **Degonda, M; Angst, J.** *The Zurich study. XX. Social phobia and agoraphobia.* Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 1993, 243 (2) pp 95-102.

71. **Deitrich, H.** *Uber dysmorphophobie* (MiBgestaltfurcht). Arch Psychiatr Nervenkr, 203:511-518, 1962.

72. **Dejours, Christ.** Le corps entre biologie et psychanalyse. Ed. Payot, 1986.

73. **Del Zompo, M; Ruiu, S; Severino, G; Cherchi, A; Usaia, P; Bocchetta, A.** Focus on Biological Basis of Somatoform Disorders. 8th ECNP Congress, Veneţia, 1995.

74. **Deniker, P; Ganry, H.** *Une echelle pour evaluer la psychasthenie.* Encephale, May-Jun 1992, 18 (3) pp 247-50.

75. **Descartes, Rene.** Douā tratate filosofice. Ed. Humanitas, 1992.

76. **Didier, Julia.** Dictionnaire de la philosophie. Ed. Larousse, 1988.

77. **Dmitrieva, LL.** *Osobennosti psikhicheskogo reagirovaniia bol'nykh nevrasteniei i gipertoniei v usloviiakh frustratsii. (Caracteristicile reactivităţii mintale în timpul frustrării la pacienţii cu neurastenie şi hipertensiune).* Zh Nevropatol Psikhiatr Im S S Korsakova, 1994, 94 (1) pp 76-9.

78. **Dorian, B; Garfinkel, PE.** *Stress, immunity and illness - a review.* Psychol Med, 1987, 17: 393-407.

79. **Drîmba, Ovidiu.** Istoria culturii şi civilizaţiei. Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, 1984.

80. **Ekhardt, A; Tettenborn, B; Krauthauser, H; Thomalskeb, C; Hartmann, O; Hoffmann, SO; Hopf, HC.** *Vertigo and anxiety disorders - results of interdisciplinary evaluation.* Laryngorhinootologie, Sept 1966, 75(9): 517-22.

81. **Enătescu, V.** Dialogul medic-bolnav, Editura Dacia, Cluj, 1981.

82. **Engel, G.** Delirium, in The Comprehensive Textbook of Psychiatry. Edited by Freedman MA, Kaplan HI. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1967, pp 711-716.

83. **Escobar, JI.** *Overview of somatization: diagnosis, epidemiology and management.* Psychopharmacol-Bull, 1996, 32(4): 589-96.

84. **Ey, H.** Défense et illustration de la psychiatrie, la réalité de la maladie mentale, Masson, Paris, 1978.

85. **Ey, Henri .,** Etudes psychiatriques vol.III Étude-no17; pp 453-483, Hypochondrie, Edition Desclee De Brouwer & Cie, Paris, 1954.

86. **Ey, Henri.** Traité des hallucinations. Ed. Masson et Cie, Paris, 1973.

87. **Ey, Henri; Bernard, P; Brisset, CH.** Manuel de psychiatrie. Ed. Masson, Paris, 1978.

88. **Fallon, BA; Rasmussen, SA; Liebowitz, M.** *Hypocondriasis.* In: Obsessive-Compulsive Related Disorders. Ed. Hollander E, American Psychiatric Press. Washington DC, 1993.

89. **Farmer, A; Jones, I; Hillier, J; Llewelyn, M; Borysiewicz, L; Smith, A.** *Neuraesthenia revisited: ICD-10 and DSM-III-R psychiatric syndromes in chronic fatigue patients and comparison subjects.* Br J Psychiatry, 167 (4) pp 503-6, Oct 1995.

90. **Finkelstein, BA.** *Dysmorphophobia.* Dis Nerv Syst, 24:365-370, 1963.

91. **Folkman, S; Lazarus, RS.** *The relationship between coping and emotion.* Social and Scientific Medicine, 26, 309-317, 1988.

92. **Ford, CV.** The Somatizing disorders: Illness as a way of life. New York, Elsevier, 1983.
93. **Francis, J; Martin, D; Kapoor, WN.** *A prospective study of delirium in hospitalized elderly.* JAMA, 263:1097-1101, 1990.
94. **Fratta, W; Diana, M; Azzena, GB; Forgione, A; Mancinelli, R.** New Perspectives on Physiopathology and Therapy of Somatoform Diseases. 8th ECNP Congress, Venetia, 1995.
95. **Fravelli, C; Salvatori, S; Galassi, F; Aiazzi, L; Drei, C; Cabras, P.** *Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence.* Soc. Psychiatry-Pasychiatr-Epidemiolog, Jan 1997, 32 (1): 24-9.
96. **Freud, S.** Nevrose, Psychose et Perversion. Paris, PUF, 1974.
97. **Freud, A.** Le Moi et les Mechanismes de defense. Paris, PUF, 1993.
98. **Frisch, F.** Éléments de médicine psychosomatique, Le Centurion, Toulouse, 1976.
99. **Frommer, J; Frommer, S.** *Von der Hysterie zur Nervositat. Anmerkungen zu Willy Hellpachs sozialpathologischen Prognosen fur das 20. Jahrhundert.* Psychother Psychosom Med Psychol, Jun 1997, 47 (6) pp 219-24.
100. **Fulop, G; Strain, JJ.** *Patients who self-initiate a psychiatric consultation.* Gen Hosp Psychiatry, 7:267-271, 1985.
101. **Gantz, NM; Holmes, GP.** *Treatment of patients with chronic fatigue syndrome.* Drugs, 1989, 38: 855-862.
102. **Glass, R; Mulvihill, M; Smith, H et al.** *The 4-score: an index for predicting a patients non-medical hospital days.* Am J Public Health, 8:751-755, 1978.
103. **Goldberg R.J.** Practical Guide to the Care of the Psychiatric Patient, Mosby, Missouri, 1995.
104. **Gorgos, C; Tudose, F şi alţii.** Dicţionar enciclopedic de psihiatrie vol. I-IV. Ed. Medicală, Bucureşti, 1986-1990.
105. **Gorgos, C; Tudose, F.** *Depresia mascată.* Revista Infomedica, vol. I, nr. 1, iulie 1993, pp 8-9.
106. **Gorgos, C; Tudose, Cătălina; Tudose, F; Botezat Antonescu, Ileana; Botezat Antonescu, L** Vademecum în psihiatrie. Ed. Medicală, Bucureşti, 1985.
107. **Gori, Roland C; Poinso, Yves.** Dictionnaire Pratique de psychopathologie. Éditions Universitaires, Paris, 1972.
108. **Green, BL.** *Psychosocial research in traumatic stress: an update.* J Trauma Stress, 7:341-362, 1994.
109. **Greimas, J., Algirdas; Fontanille, Jacques.** Semiotica pasiunilor. Ed. Scripta, Bucureşti, 1997.
110. **Hailey, B.J.; Willoughby, S.G.; Bultter, M.N.; Miller, L.** *Effects of Communication Style on Women's Satisfaction with Physicians, Psychology Health and Medicine,* vol. 3, no. 4, November 1998.
111. **Halaris, A.** *The Medical Psychiatry Continuum, Congress News in Press,* Athens, 16-20 April, 1999.
112. **Hamburg, David; Sartorius, Norman.** *Health and Behaviour: selected perspectives,* WORLD HEALTH ORGANIZATION , Cambridge University Press, Geneva, 1989.
113. **Hamburger, Jean.** La puissance et la fragilit. Ed. Flammarion, Paris, 1972.
114. **Hamilton, M.** Psychopatology of depressions: quantitative aspects, section of clinical psychopatology. Ed. WPA Symposium, 1979.
115. **Hanninen, T; Reinikainen, KJ; Helkala, EL; Koivisto, K; Mykkanen, L; Laakso, M; Pyorala, K.** *Subjective memory complaints and personality traits in normal elderly subjects.* J Am Geriatr Soc, Jan 1994, 42 (1) pp 1-4.
116. **Hausotter, W.** *Begutachtung des Chronic-Fatigue-Syndroms.* Versicherungsmedizin, Apr 1 1996, 48 (2) pp 57-9.
117. **Hay, GG.** *Dysmorphophobia.* Br J Psychiatry, 116:399-406, 1970.
118. **Heebink, DM; Sunday, SR; Halmi, KA.** *Anorexia nervoasă şi bulimia nervoasă în adolescenţă: efecte ale vârstei şi statusului mintal asupra variabilelor psihologice.* JAMA Acad Child Adolesc Psychiatry, 34:378-382, 1995.
119. **Hein, UR; Henz, BM; Haustein, UF; Seikowski, K; Aberer, W; Lautenschlager, S; Klapp, BF.** *Correlation between chronic urticaria and depression/somatization disorder.* Hautarzt, Jan 1996, 47(1):20-3.
120. **Henry, JP; Stephens, PM.** Stress, Health and the Social Environment: A Sociobiologic Approach, Springer -Werlag, New York, 1977.

121. **Hermant, G.** Le corps et sa memoire. Ed. Doin, Paris, 1986.
122. **Hickie, IB; Hooker, AW; Hadzi-Pavlovic, D; Bennett, BK; Wilson, AJ; Lloyd, AR.** *Fatigue in selected primary care settings: sociodemographic and psychiatric correlates.* Med J Aust, May 20 1996, 164 (10) pp 585-8.
123. **Hippocrat.** Texte alese. Ed. Medicală, Bucureşti, 1960.
124. **Hofmann, E; Becker, T; Meixensberger, J; Jackel, M; Schneider, M; Reichmann, H.** *Disturbances of cerebrospinal fluid (CSF) circulation-neuropsychiatric symptoms and neuroradiological contribution.* J Neural Transm Gen Sect, 1995, 99 (1-3) pp79-88.
125. **Holahan, CJ; Moos, RH; Schafer, JA.** Handbook of Coping. Theory, Research, Applications., John Wiley and Sons, Inc., New-York, 1996.
126. **Hollander, E; Phillips, K.** *Body image and experience disorders*, in Obsessive-Compulsive Related Disorders.-Edited by Hollander E. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1993.
127. **Holmes, D.** Abnormal Psychology, Harper Collins pub, New York, 1991.
128. **Holmes, David.** Abnormal Psychology. Ed. Harper Collins Publishers, New York, 1991.
129. **Holmes, GP; Kaplan, JE; Gantz, NM et al.** *Chronic fatigue syndrome: a working case definition.* Ann Intern Med, 1988, 108:387-389.
130. **Horney, Karen.** Personalitatea nevrotică a epocii noastre. Ed. IRI, Cluj, 1996.
131. **Huber, W.** L'homme psychopathologique et la psychologie clinique, Presses Universitaires de France, Paris, 1993.
132. **Huber, Winfrid.** Psihoterapiile-Terapia potrivită fiecărui pacient. Ed. Ştiinţă şi Tehnică, Bucureşti, 1997.
133. **Hudziak, JJ; Boffeli, TJ; Krieseman, JJ; Battaglia, MM; Stanger, C; Guze, SB.** *Clinical study of the relation of borderline personality disorder to Briquet's syndrome (hysteria), somatization disorder, antisocial personality disorder and substance abuse disorders.* Am-J-Psychiatry, Dec 1996, 153(12):1598-606.
134. **Hyman, S. E.; Jenike, M.A.** Manual of Clinical Problems in Psychiatry, Little, Brown, and company, Boston, 1990.
135. **Iamandescu, I.B.** Elemente de psihosomatică generală şi aplicată, Editura Infomedica, Bucureşti, 1999.
136. **Iamandescu, I.B.** Manual de psihologie medicală, Editura Infomedica, Bucureşti, 1995.
137. **ICD10.** Clasificarea tulburărilor mentale şi de comportament, editura All, Bucureşti, 1998.
138. **Igoin-Apfelbaum, L.** *Psychopathologie clinique de la boulimie.* Confrontations Psychiatr., 31, pp165-176, 1989.
139. **Ionescu, G.** Psihosomatica. Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, 1975.
140. **Ionescu, G.** *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM) - o taxinomie psihiatrică ateoretică, pragmatică, nontradiţională, revoluţionară.* Revista Română de Psihiatrie, Pedopsihiatrie şi Psihologie Medicală - serie nouă, 1/1993, Asociaţia Medicală Română, Bucureşti, 1993.
141. **Ionescu, G.** Introducere în psihologia medicală, Editura Ştiinţifică, Bucureşti, 1973.
142. **Ionescu, G.** Tratat de psihologie medicală şi psihoterapie, Editura Asklepios, Bucureşti, 1995.
143. **Ionescu, G.** Tulburările personalităţii, Editura Asklepios, Bucureşti, 1997
144. **Ionescu, G.** *Etiologia depresiilor din perspectivă psihopatogenică.* Revista Română de Psihiatrie, Pedopsihiatrie şi Psihologie Medicală - serie nouă, 2-3/1993, Asociaţia Medicală Română, Bucureşti, 1993.
145. **Ionescu, Ş.** Quatorze approches de la psychopatologie, 2e edition, Paris, Nathan-Université, 1995.
146. **Ionescu, Ş; Jacquet, MM; Lhote, C.** Les Mechanismes de defense, theorie et clinique. Paris, Nathan-Universite, 1997.
147. **Jacquet, MM.** L'alcoolique, son corp et l'autre. Thése de doctorat, Paris, 1987.
148. **James, RR; Wise, MG.** Textbook of consultation - liaison psychiatry. American psychiatry Press Inc., N.W., Washington DC, 1996.
149. **Janca, A.** WHO International Study of Somatoform Disorders a Review of Methods and Results. 8-th ECNP Congress, Venetia, 1995.
150. **Jaspers, K.** Psychopatologie gnrale. Ed. Felix Alcan, Paris, 1933.
151. **Jeddi, Essedik** (sub directia). Le corps en psychiatrie, Ed.Masson, 1982.

152. **Jonas, Harry S, MD; Etzel, Sylvia I; Barzansky, Barbara, PhD.** *Educational Programs in US Medical Schools*, 1993-1994. JAMA: The Journal of the American Medical Association, 272(9):694-701, September 7 1994.

153. **Judd, FR; Burows, GD; Lipsitt, DR.** Handbook of studies on general hospital psychiatry. Elsevier Science Publishers Biomedical Division, Amsterdam, 1991.

154. **Juntunen, J.** *Neurotoxic syndromes and occupational exposure to solvents.* Environ Res, Jan 1993, 60 (1) pp 98-111.

155. **Kabanov, MM.** *Ideology, Politics and Psychiatry.* Dynamische Psychiatrie, 29. Jahrgang, 5.-6. Heft 1996, Nr. 160/161, pp 309-316.

156. **Kaplan, HI; Sadock, BJ.** Comprehensive Textbook of Psychiatry, Fourth Edition, Williams & Wilkins, Baltimore/Londra, 1985.

157. **Kaplan, HI; Sadock, BJ.** Modern synopsis of psychiatry. Ediția a-III-a, Williams and Wilkins, Baltimore, 1981.

158. **Kaplan, HI; Sadock, BJ.** Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, Ediția a-VIII-a, Williams and Wilkins, Baltimore, 1997.

159. **Kaplan, HI; Sadock, BJ; Grebb, Jack A.** Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, Ediția a-VII-a, Williams and Wilkins, Baltimore, 1994.

160. **Katschnig, Heinz.** Quality of Life - a New Concept in Medicine; Conference - Salonic, al 11-lea Congres al Societății Sud-Est Europene de Neuropsihiatrie, 24 sept.1996.

161. **Keiser, L.** The Traumatic Neurosis. JB Lippicott, Philadelphia, PA, 1996.

162. **Kellner, M; Wiedemann, K; Zihl, J.** *Illumination perception in photophobic patients suffering from panic disorder with agoraphobia.* Acta Psychiatr Scand, Jul 1997, 96 (1) pp 72-4.

163. **Kennedy, HG.** *Fatigue and fatigability.* Br J Psychiatry, 1988; 153: 1-5.

164. **Kim, Susan C, MD; Giardino, Angelo P, MD, MS; Ed Casey, Rosemary M; Magnusson, Mark R, MD, PhD; Pinto-Martin, Jennifer A, PhD.** *Experiences and Reflections of Former Pediatric Chief Residents.* Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 148(5):518-521, May 1994.

165. **Kinzie, JD; Goetz, RR.** *A century of controversy surrounding posttraumatic stress stress-spectrum syndromes: the impact on DSM-III and DSM-IV.* J Trauma Stress, Apr 1996, 9 (2) pp 159-79.

166. **Klein, Melanie.** Iubire, vinovăție, reparație. Ed.Sigmund Freud, Binghamton, Cluj, 1994.

167. **Koopmans, GT; Meeuwesen, L; Huyse, FJ; Heimans, JJ.** *Effects of psychiatric consultation on medical consumption in medical outpatients with low back pain.* Gen-Hosp-Psychiatry, 1996 May; 18(3):145-54.

168. **Kraus, A.** *Phenomenologic analysis of somatic symptoms in melancholia* - Encephale, Dec 1995, 21 Spec. no 7: 11-15.

169. **Kreisler, L.** *Douleurs abdominales psychognes* in La psychosomatique de l'enfant, PUF, Paris, 1976; Que sais-je?, 1983, 2e , pp 61-63.

170. **Kruesi, MJP; Dale, J; Straus, SE.** *Psychiatric diagnoses in patients who have chronic fatigue syndrome.* J Clin Psychiatry, 1989, 50: 53-56.

171. **Lacey, J; Britchnell, S.** *Body image and its disturbances.* J. Psychosom Res, 30:623-631, 1986.

172. **Lamprecht, F.** *Economic sequelae of failed treatments of psychosomatic and somato-psychic illnesses.* Psychoter-Psychosom-Med-Psychol, Aug 1996, 46(8):283-91.

173. **Lanteri-Laura, G.** *La psychasthenie-historie et evolution d'un concept de P. Janet.* Encephale, Nov 1994, 20 Spec No 3 pp 551-7.

174. **Laplanche, J; Pontalis, JB.** Vocabular de psihanaliză. București, Humanitas, 1995.

175. **Laqueur, Thomas.** Corpul și sexul de la greci la Freud. Ed. Humanitas, București, 1998.

176. **Larousse.** Dicționar de psihiatrie și psihopatologie clinică, Editura Univers Enciclopedic, București, 1998.

177. **Lauderdale, Michael.** BURNOUT. Ed. Saunders, Montreal, 1982.

178. **Lawrie, SM; Manders, DN; Geddes, JR; Pelosi, AJ.** *A population-based incidence study of chronic fatigue.* Psychol Med, Mar 1997, 27 (2) pp 343-53.

179. **Lăzărescu, M.** Calitatea vieții în psihiatrie, Editura Infomedica, București, 1999.

180. **Lăzărescu, M.** Îndreptar de psihiatrie, Editura Helicon, Timișoara, 1995.

181. **Lăzărescu, M.** Introducere în psihopatologia antropologică, Editura Facla, Timișoara, 1989.

182. **Lăzărescu, M.** Psihopatologie clinică, Editura Helicon, Timișoara, 1994.

183. **Lazurca, Marius.** Inventia trupului. Ed. Anastasia, București, 1993.
184. **Lecrubier, Y; Weiller, E.** *La neurasthenie et la thymasthenie.* Encephale, Nov 1994, 20 Spec No 3 pp 559-62.
185. **Lee, S.** *Cultures in psychiatric nosology: the CCMD-2-R and international classification of mental disorders.* Cult Med Psychiatry, Dec 1996, 20 (4) pp 421-72.
186. **Lee, S; Wong, KC.** *Rethinking neurasthenia: the illness concepts of shenjing shuairuo among Chinese undergraduates in Hong Kong.* Cult Med Psychiatry, Mar 1995, 19 (1) pp91-111.
187. **Leger, JM; Clement, JP.** *La depression et le vieillissement.* Encephale, Sep 1992, 18 Spec No 4 pp 511-6.
188. **Lemperire, Thrse (sous la direction).** Aspects évolutifs de la dépression. Programme de Recherche et d'Information sur la Dépression. Ed. Masson, Paris, 1996.
189. **Levenson, JL; Colenda, CC; Larson, DB et al.** *Methodology in consultation-liaison research: a classification of biases.* Psychosomatics, 31:367-376, 1990.
190. **Levitan, S; Kornfeld, D.** *Clinical and cost benefits of liaison psychiatry.* Am J Psychiatry, 138:790-793, 1981.
191. **Lickey, Marvin E., Gordon, Barbara.** Medicine and mental illness. Ed. WH Freeman & Company, New York, 1991.
192. **Lieb, K; Dammann, G; Berger, M; Bauer, J.** *Das chronische Mudigkeitssyndrom („chronic fatigue syndrome", CFS). Definition, diagnostische Massnahmen und Therapiemoglichkeiten.* Nervenarzt, Sep 1996, 67 (9) pp 711-20.
193. **Linden, M; Maier, W; Achberger, M; Herr, R; Helmchen, H; Benkert, O.** *Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinarztpraxen in Deutschland: Ergebnisse aus einer Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO).* Nervenarzt, Mar 1996, 67 (3) pp205-15.
194. **Lishman, WA.** Organic psychiatry: the psychological consequences of cerebral disorder, second edition. London: Blackwell Scient. Pub., 1987.
195. **Lloyd, AR; Wakefield, D; Boughton, CR et al.** *Immunological abnormalities in the chronic fatigue syndrome.* Med J Aust, 1989, 151: 122-124.
196. **Lopez Ibor, JJ; Frances, A; Jones, C.** *Dysthymic disorder: a comparison of DSM-IV and ICD-10 and issues in differential diagnosis.* Acta Psychiatr Scand Suppl, 1994, 383 pp 12-8.
197. **Lopez-Ibor, JJ; Lopez-Ibor, Alino JJ.** *Las dismorfofobias.* El cuerpo y la corporalidad, Madrid, Gredos, 1974, pp 155-190.
198. **Luban-Plozza, B; Pldinger, W; Krger, F.** Boli psiho-somatice în practica medicală. Ed. Medicală, București, 1996.
199. **Lumley, MA; Norman, S.** *Alexithymia and health care utilization.* Psychosom-Med, May-Jun 1996, 58(3):197-202.
200. **Mărgineanu, N.** Conduita umană, Editura Științifică, București, 1973.
201. **Marinescu, C. Gh.** Etică și sociologie contemporană. Relația medic-farmacist-bolnav, Institutul de Medicină și Farmacie, Iași, 1983.
202. **Marple Richard, L, MC, USA; Pangaro, Louis, MC, USA; Kroenke Kurt, MC, USA.** *Third-Year Medical Student Attitudes Toward Internal Medicine.* Archives of Internal Medicine, 154(21):2459-2464, Nov 14, 1994.
203. **Marsella, A.J.; Scheur, A.** *Coping: Definitions, Conceptualizations, and Issues, Interactive Psychiatry,* vol. 9, no. 3-4, 1993.
204. **Mason, W; Bedwell, C; Zwaag, R et al.** *Why people are hospitalized: a decription of preventable factors leading to admission for medical illness.* Med Care, 18:147-163, 1980.
205. **Matsuno, T; Hikita, K; Matsuo, T.** *Chronic fatigue syndrome and psychiatric diseases.* Nippon Rinsho, May 1994, 52 (5) pp 1339-44.
206. **Maximilian, C.** Drumurile speranței, Editura Albatros, București, 1989.
207. **Mayou, R; Hawton, K; Feldman, E et al.** *Psychiatric problems among medical admissions.* Int J Psychiatry Med, 21:71-84, 1991.
208. **McDonald, E; David, AS; Pelosi, AJ; Mann, AH.** *Chronic fatigue in primary care attenders.* Psychol Med, Nov 1993, 23 (4) pp 987-98.

209. **Menninger.** Men against himself, Ed.Harcourt, New York, 1938.
210. **Merikangas, K; Angst, J.** *Neurasthenia in a longitudinal cohort study of young adults.* Psychol Med, Nov 1994, 24 (4) pp 1013-24.
211. **Michel-Wolfrom, Hlne.** Gynecologie Psychosomatique. Ed. Masson et Cie, Paris, 1963.
212. **Miclea, Mircea.** Stres și apărare psihică. Ed. Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca, 1997.
213. **Mihăescu, Vasile** (sub redacția). Psihoterapie și psihosomatică, Ed. Polirom, Iași, 1996.
214. **Mincowski E.** Traité de psychopathologie, vol. I, II, Presses Universitaires de France, Paris, 1966.
215. **Mitchell, JE; Raymond, N; Specker, S.** *A review of the controlled trials of pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa.* Int J Eating Dis, 1993; 14(3): 229-47.
216. **Morselli, E.** *Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia.* Boll Accad Sci Med, (Genoa) 6:100-119, 1986.
217. **Moscicki-Ek.** *Epidemiology of suicidal behaviour;* Suicide-Life-Threat-Behav., 1995 Spring; 25(1): 22-35.
218. **Munchaeva, ER; Lepp, NR; Tikhonov, VV; Ul'ianova, Elu.** *Klinicheskie aspekty i psikhofarmakoterapiia adaptatsionnykh nevroticheskikhrasstroistv.* Ter Arkh, 1997, 69 (4) pp 65-6.
219. **Murphy, M.** *Somatization: embodying the problem.* Br Med J, 1989; 298: 1331-1332.
220. **Nakdimen, A.** *A neglected reference.* Am J Psychiatry, 134:1313-1316, 1977.
221. **Nijenhuis, ER; Spinhoven, P; Van Dyck, R; Van der Hart, O; Vanderlinden, J.** *The development and psychometric characteristical of the Somatoform Dissociations Questionnaire (SDQ-20).* J-Nerv-Ment-Dis, Nov 1996; 184(11): 688-94.
222. **Noto-Campanella, F; Zuccoli, E.** *In tema di dismorfofobia.* Neuropsichiatr, 24:475-486, 1968.
223. **Ormel, J; VonKorff, M; Ustun, TB; Pini, S; Korten, A; Oldehinkel, T.** *Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care.* JAMA, Dec 14, 1994, 272 (22) pp 1741-8.
224. **Osman, AA.** *Psihoza hipocondriacă unisimptomatică (P.H.U.).* The British Journal of Psychiatry, Sep 1991, vol.159 pp 428-430.
225. **Pecyna, MB.** *„Struktura potrzeb psychicznych chorych po 60 roku .ANG.zycia hospitalizowanych z powodu niedokrwiennej choroby serca powikLanej zespoLem asteniczno-depresyjnym, niedokrwiennej choroby serca i u osob zdrowych. (Structura nevoilor psihologice la pacienții peste 60 ani spitalizați boli ischemice cardiace complicate cu sindroame asteno depresive în comparație cu persoane sănătoase).* Wiad Lek, Mar 1992, 45 (5-6) pp 175-9.
226. **Pelicier Y.** *Les concepts d'asthenie et de fatigue.* Encephale, Nov 1994, 20 Spec No 3 pp 541-4.
227. **Peters, E. Francis.** Termenii filosofiei grecești. Ed. Humanitas, 1993.
228. **Phillips, KA.** *Body dysmorphic disorder: diagnosis and treatment of imagined ugliness,* J-Clin-Psychiatry, 1996, 57 Suppl 8: 61-4; discussion 65.
229. **Phillips, KA.** *Pharmacologic treatment of body dysmorphic disorder.* Psychopharmacol-Bull, 1996, 32(4): 597-605.
230. **Phillips, KA; McElroy, SL; Keck, PE et al.** *Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness.* Am J Psychiatry, 150: 302-308, 1993.
231. **Piaget, J.** Biologie și cunoaștere, Editura Dacia, Cluj, 1971.
232. **Pichot, P.** *La neurasthenie, hier et aujourd'hui.* Encephale, 20 Spec No 3 pp 545-9, Nov 1994.
233. **Pichot, P.** *Panique: attaque et trouble. Historique du mot et des concepts.* Encephale, Dec 1996, 22 Spec No 5 pp 3-8.
234. **Piedmont, RL.**, *A longitudinal analysis of burnout in the health care setting: the role of personal dispositions,* J-Pers-Assess, Dec.1993.
235. **Pieron, H.** Vocabulaire de la Psychologie.
236. **Pirozynski, T.** Elemente de psihologie medicală și logopedie, Clinica de psihiatrie, Institutul de Medicină și Farmacie, Iași.
237. **Platon.** Opere, vol. IV. Ed. Științifică și Enciclopedică, 1983.
238. **Popper, Karl R.** Cunoașterea și problema raportului corp-minte. Ed. Trei, București, 1997.
239. **Portegijs, PJ; Van-der-Horst, FG; Proot, IM; Kraan, HF; Gunther, NC; Knotterus, JA.** *Somatization in frequent attenders of general practice.* Soc-Psychiatry-Psychiatr-Epidemiol, Jan 1996; 31(1):29-37.
240. **Postel, Jacques.** Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique. References Larousse, Paris, 1993.

241. **Predescu, V.** (sub redacţia). Psihiatrie, vol. 1. Ed. Medicală, Bucureşti, 1989.
242. **Predescu, V.** (sub redacţia). Psihiatrie. Ed. Medicală, Bucureşti, 1976.
243. **Predescu, V.**(sub red.). Psihiatrie vol. II, Ed. Medicală, Bucureşti, 1997.
244. **Predescu, V; Alexandru, S; Prelipceanu, D; Ionescu, Rodica; Tudose Cătălina; Tudose F.** *Aspecte psihopatologice şi etiopatogenice ale nosologiei psihiatrice la adolescent şi adultul tânăr.* Revista de Neurologie, Psihiatrie, Neurochirurgie nr. 3, Iul-Sep 1984.
245. **Predescu, V; Prelipceanu, D; Alexandrescu, L; Tudose C.** Limite şi perspective în patologia nevrotică (referat general), prezentat la a XIIIa Consfătuire Naţională de Psihiatrie; Bucureşti, 11-14 Mai 1988.
246. **Priest, RG; Bullock, T; Lynch, SP; Roberts, M; Steinert, J; Vize, C.** *Les états depressifs et les syndromes d'asthenie chronique en médecine praticienne.* Encephale, Nov 1994, 20 Spec No 3 pp 571-4.
247. **Rasmussen, SA.** *Obsessive compulsive disorder in dermatologic practice.* J Am Acad Dermatol, 13: 965-967, 1986.
248. **Regland, B; Andersson, M; Abrahamsson, L; Bagby, J; Dyrehag, LE; Gottfries, CG.** *Increased concentrations of homocysteine in the cerebrospinal fluid in patients with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome.* Scand J Rheumatol, 1997, 26 (4) pp 301-7.
249. **Richman, JA; Flaherty, JA; Rospenda, KM** *Chronic fatigue syndrome: have flawed assumptions been derived from treatment-based studies?* Am J Public Health, Feb 1994, 84 (2) pp282-4.
250. **Richter, Gabriele. Evenimente stresante de viaţă şi suportul social. Semnificaţia lor pentru tulburările depresive**, pp 94-107 în Depresii-noi perspective (sub redacţia Vraşti R, Eisemann M.), Ed. All, 1996.
251. **Rief, W; Heuser, J; Mayrhuber, E; Stelzer, I; Hiller, W; Fichter, MM.** *The classification of multiple somatoform symptom.* J-Nerv-Ment-Dis, Nov 1996, 184(11): 680-7.
252. **Rogers, MP; Liang, MH; Daltroy, LH, et al.** *Delirium after elective orthopedic surgery: risk factors and natural history.* Int J Psychiatry Med, 19:109-121, 1989.
253. **Romilă, Aurel.** Psihiatrie. Ed. Asociaţia Psihiatrilor Liberi din România, Bucureşti, 1997.
254. **Romoşan, I.** Psihonefrologia. Ed. Helicon, Timişoara, 1993.
255. **Rouillon, F; Delhommeau, L; Vinceneux, P.** *Le syndrome de fatigue chronique.* Presse Med, Dec 21, 1996, 25 (40) pp 2031-6.
256. **Rowan, G; Stain, JJ; Gise, LH.** *The liaison clinic: a model for liaison psychiatry funding, training and research.* Gen Hosp Psychiatry, 6:109-115, 1984.
257. **Rowland, CV.** *Anorexia and obesity.* Int. Psychiatr. Clin, 7, pp 7-9, 1970.
258. **Sahleanu, V.; Popescu-Sibiu I.** Introducere critică în psihanaliză, Editura Dacia, Cluj, 1972.
259. **Sami-Ali.** Corps réel. Corps imaginaire - pour une épistémologie psychanalytique, Ed. Bordas, Paris, 1984.
260. **Saravay, SM; Lavin, M.** *Psychiatric comorbidity and length of stay in the general hospital: a review of outcome studies.* Psychosomatics, 35:233-252, 1994.
261. **Sartorius, N.** *Making of a common language of psychiatry: development of the classification of mental, behavioural, and developmental disorders.* The 10th revision of the ICD, WPA Bulletin 1:3-6, 1989, Simpozionul Asociaţiei Europene de Psihiatrie, cu tema "Training for the specialists in Europe", 19-20 Oct 1995, Strasbourg, Franta.
262. **Sartorius, N; Ustun, TB; Lecrubier, Y; Wittchen, HU.** *Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary health care.* Br J Psychiatry Suppl, Jun 1996, (30) pp 38-43.
263. **Schaechter, M.** *Neuroses dysmorphophobiques (complexes de laideur et delire ou conviction deliraute de dysmorphophobie).* Ann Med-Psychiologiques, 129:123-145, 1971.
264. **Schweitzer, B.** *Stress and burnout in junior doctors.* S-Afr-Med-J, Jun 1994.
265. **Şelaru, Mihai.** Isteria sau nevroza conversivă şi nevroza disociativă. Ed. Casa Editorială şi de Presă Glasul Bucovinei, Iaşi, 1993.
266. **Sensky, T; MacLeod, AK; Rigby, MF.** *Causal attributions about common somatic sensations among frequent general practice attenders.* Psychol-Med, May 1996, 26(3):641-6.
267. **Sharpe, M.** *Non-pharmacological approaches to treatment.* Ciba Found Symp, 1993, 173 pp 298-308; discussion 308-17.

B.C.U. „M. EMINESCU" IAŞI

268. **Shorter, E.** *Chronic fatigue in historical perspective.* Ciba Found Symp, 1993, 173 pp 6-16, discussion 16-22.

269. **Shorter, E.** *Somatization and chronic pain in historic perspective.* Clin Orthop, Mar 1997 (336):52-60.

270. **Simpson, M; Bennett, A; Holland, P.** *Chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis as a twentieth-century disease: analytic challenges.* J Anal Psychol, Apr 1997, 42 (2) pp 191-9.

271. **Sims, A.** Symptoms in the Mind. An Introduction to Descriptive Psychopathology, Saunders Company ltd., Norfolk, 1995.

272. **Somerfeld-Ziskind, Esther, MD.** *Child Psychiatry: Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches.* JAMA: The Journal of the American Medical Association, 272(18):1465-1467, Nov 9 1994.

273. **Spinoza.** Tratatul despre îndreptarea intelectului. Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1979.

274. **Stekel, Wilhelm.** Psihologia eroticii feminine, Ed. Trei, Bucureşti, 1997.

275. **Stinett, JL.** *The functional Somatic Symptom.* Psychiatr Clin North Am, 10:19-33, 1987.

276. **Stoudemire, Alan; Fogel, S. (ed.).** Îngrijirea psihiatrică a pacientului de medicină internă, New York, NY, Oxford University Press, 1993.

277. **Strain, JJ; Fulop, G; Strain, JJ et al.** *Use of the computer for teaching in the psychiatric residency.* Journal of Psychiatric Education, 10:178-186, 1986.

278. **Strain, JJ; Grossman, S.** *Psychological Care of the Medically Ill:* A Primer in Liaison Psychiatry, New York, App leton-Century-Crofts, 1975.

279. **Strain, JJ; Lyons, JS; Hammers, JS et al.** *Cost offset from a psychiatric consultation-liaison intervention with elderly hip fracture patients.* Am J Psychiatry, 148:1044-1049, 1991.

280. **Strain, JJ; Strain, JW.** Liaison psychiatry, in Modern Perspectives in Clinical Psychiatry. Edited by Howells JG. New York, Brunner/Mazel, 1988, pp 76-101.

281. **Surman, OS.** *Usefulness of psychiatric intervention in patients undergoing cardiac surgery.* Arch Gen Psychiatry, 30:830-835, 1974.

282. **Svedlund, J; Sullivan, M; Sjodin, I; Liedman, B; Lundell, L.** *Quality of life in gastric cancer prior to gastrectomy.* Qual Life Res, Apr 1996, 5 (2) pp 255-64.

283. **Tacchini, G; Musazzi, A; Recchia, M; Altamura, AC; Carta, MG; Italian Collaborative Group of Somatoform Disorders.** The present Nosography of Somatoform Disorders: Results of the Italian Epidemiological Study of Somatoform Disorders. 8th ECNP Congress, Veneţia, 1995.

284. **Teodorescu, MC.** Valorile vitale şi morale în practica medicală. Editura Progresul Românesc, Bucureşti, 1996.

285. **Terbancea, M; Scripcaru, Gh.** Coordonate deontologice ale actului medical, Editura Medicală, Bucureşti, 1989.

286. **Thomas, CS.** *Dysmorphophobia: A question of definitions.* Br J Psychiatry, 144:513-516, 1984.

287. **Truchon, Manon, Lemyre, Louise,** *Les evenements anticipes comme stresseurs,* Sante Mentale au Quebec, XX, 1995.

288. **Tudose, C; Tudose, F.** Neurastenia la 130 de ani, , Infomedica, nr. 9(67), anul VII, 1999.

289. **Tudose, C; Tudose, F.** Psihopatologia tulburărilor de personalitate la vârstnic - între îmbătrânirea normală şi organicitate, prezentată la a VIII-a Consfătuire Naţională de Psihiatrie Socială, 2-4 septembrie 1999, Băile Felix.

290. **Tudose, C; Tudose, F.** The Role of the Major Social Changes in the Affective Disorder Pathomorphosis, prezentată la al XVI-lea Congres al Asociaţiei Mondiale de Psihiatrie Socială, 17-21 August 1998, Vancouver, British Columbia, Canada.

291. **Tudose, C; Tudose, F; Vasilescu, A; Niculăiţă A.** Difficulties in implementing the first liaison psychiatry service in a general hospital in Romania, prezentată la "Mental Health Economics and Psychiatric Practice in Central and Eastern Europe", 3-5 august 1999, Varşovia, Polonia.

292. **Tudose, C.** Patomorfoza tulburărilor de integrare şi adaptare în condiţile unor modificări sociale majore ; Lucrare de doctorat, UMF Carol Davila - Bucureşti, 1996.

293. **Tudose, C; Tudose, F; Voicilă, Carmen.** Contribuţiile psihiatriei în diagnosticarea şi tratarea durerii, referat prezentat la Consfătuirea "Omul, Societatea şi Durerea", organizată de firma KRKA în colaborare cu Asociaţia Română pentru Studiul Durerii, 11 Oct 1997, Sinaia.

294. **Tudose, F.** Major Social Changes of East-European Countries - A Trauma for Adolescents (Romanias Case), lucrare prezentată la al 4-lea Congres Internaţional de Psihiatrie a Adolescenţei, 5-8 iulie 1995, Atena.

295. Tudose, F; Niculăiță, A., *Folosirea medicatiei psihotrope în serviciul de psihiatrie de legătură din spitalul general*, Conferința Națională de Psihiatrie Brașov, 25-26 iunie 1999.

296. Tudose, F. *Somatizarea - un nou concept sau o abordare eclectică a nosologiei?.* Studiu clinic publicat în Revista Română de Psihiatrie, Pedopsihiatrie și Psihologie Clinică, anul III, nr. 1/1995, pp 12-21.

297. Tudose, F. The Frequency of the Somatoform Disorders in a Psychiatric Service Connected with the General Hospital, lucrare prezentată la a XI-a Conferință a Societății Sud-Est Europene de Neurologie și Psihiatrie, 25-28 Sep 1996, Thessaloniki, Grecia, rezumat publicat în volumul de rezumate al conferinței, pp 174.

298. Tudose, F. Medici obositi, Revista *Colegiul,* , nr. 4(7), anul II, iunie 1998.

299. Tudose, F; Dobre, L. For whom Liaison Psychiatry is offering psychiatric training in the General Hospital?, prezentată la a 12-a Conferință a Societății Sud-Est Europene, 30 Septembrie-3 Octombrie 1998, Thessaloniki.

300. Tudose, F; Gorgos, Constantin. Un sistem deschis - psihiatria deceniului IX, lucrare prezentată la Sesiunea Științifică Anuală al Policlinicii Titan, 1981.

301. Tudose, F; Iorgulescu, Maria. *Corpul în depresie.* Revista Infomedica vol. II, nr. 6 (10), 1994, pp 186-188.

302. Tudose, F; Niculăiță, Anca. Alice în tara minunilor sau despre folosirea psihotropelor în spitalul general, lucrare prezentată la Conferința Națională de Psihiatrie cu tema "Terapia psihofarmacologică în practica psihiatrică", București, 24-26 Oct 1997, rezumat publicat în Revista Română de Psihiatrie, Pedopsihiatrie și Psihologie Medicală nr. 2-3/1997, pp 16.

303. Tudose, F; Niculăiță, Anca. *Aspecte psihopatologice ale durerii în cancer.* Revista Asociației Române pentru Studiul Durerii, "Durerea acută și cronică", nr. 1/1997/volum 5, pp 16-25.

304. Tudose, F; Radu, E. Addictive-Type Behaviour in Teenagers and Young People as a Result of Major Social Disruption, prezentată la al 14-lea Congres Internațional de Psihiatrie a Copilului și Adolescentului (I.A.C.A.P.A.P.). Stockholm, 2-6 August 1998, Suedia.

305. Tudose, F; Toma, M., Le phenomene "Academia Catavencu" une therapie de choc dans la transition, **L'Humour, Histoire, Culture et Psychologie, publicat de S.I.P.E. octombrie 1998, Paris.**

306. Tudose, F; Vasilescu, A., Tudose, C., Dobrea L. *Patogeneza sindromului de oboseală cronică între ipoteza endocrină și ipoteza imunologică*, al IX-lea Simpozion Național de Psihoneuroendocrinologie din 11-12 iunie 1999.

307. Tudose, F; Tudorache, Bogdana. Conception de la readaptation psychosociale dans une société socialiste: l'exemple roumain, lucrare prezentată la Congresul Mondial al Asociației de Reabilitare Psihosocială, Montreal, 13-16 Oct 1991.

308. Tudose, F; Gorgos, Constantin. Considerații asupra a 10.000 de cazuri tratate în staționarul de zi al Centrului de Sănătate Mintală Titan, lucrare prezentată la a IV-a Conferință Națională de Psihiatrie, București, 1982.

309. Tudose, F; Gorgos, Constantin; Tudose C. Orientări moderne în psihiatria contemporană: concluzii ale unui studiu OMS, lucrare prezentată la a VIII-a Consfătuire a USSM București, 1-2 Iul 1983.

310. Tudose, F; Gorgos, Constantin; Tudose, C.; Croitoru, Olga; Dumitriu, Gabriela; Frăsineanu, Carmen. Asistența ambulatorie și semi-ambulatorie - o etapă necesară sau o necesitate obiectivă ?, lucrare prezentată la a VIII-a Consfătuire a Uniunii Societăților Științifice Medicale (USSM) cu tema "Tendințe actuale în asistența psihiatrică extraspitalicească", București.

311. Tudose, F; Prelipceanu, D. *Depresia sau tentatia modelului,* comunicată la Consfătuirea USSM Secția Psihiatrie, cu tema "Depresiile", Târgu-Mureș, 10-11 Oct 1986, publicată în volumul Depresiile, 1987, pp 480-481.

312. Tudose, F; Tudose, C. Aspecte ale psihopatologiei vârstnicului, prezentată la Congresul International de Gerontologie, București, 9-11 Iun 1988.

313. Tudose, F. Adolescent Suicide - A Case History of Addictive Behaviour, lucrare comunicată la al 17-lea Simpozion Danubian de Psihiatrie, 24-27 aprilie 1996, Timișoara.

314. Tudose, F. Aspecte ale aplicării subnarcozei în nevroze - Lucrare de diplomă, București, 1977.

315. Tudose, F. Binomul anxietate-depresie - în condiții postrevolutionare, a IX-a Conferință a Societății Sud-Est Europene de Neurologie și Psihiatrie, 23-26 septembrie 1992, Thessaloniki, Grecia.

316. **Tudose, F.** Corpul în psihopatologie - Lucrare de doctorat, UMF Carol Davila- Bucureşti, 1997.
317. **Tudose, F.** Directii de interventie terapeutică în psihiatria de legătură, Simpozionul Naţional *Terapie şi Management în Psihiatrie* din 12-14 noiembrie Cercul Militar, Craiova; 1998.
318. **Tudose, F.** Drepturile omului si drepturile oamenilor, Infomedica nr.1, an VI, 1998.
319. **Tudose, F.** Etică si deontologie în colaborarea psihiatrului cu specialistii cu medicii de alte specialităti în spitalul general, lucrare prezentată la Conferinţa Naţională de Psihiatrie Braşov, 25-26 iunie 1999.
320. **Tudose, F.** La formation en Roumanie, lucrare comunicată la Congresul European al Asociaţiei Mondiale de Psihiatrie, Strasbourg, Nov 1995.
321. **Tudose, F.** La formation en Roumanie, lucrare comunicată la Simpozionul Asociaţiei Europene de Psihiatrie, cu tema "Training for the specialists in Europe", 19-20 octombrie 1995, Strasbourg, Franţa.
322. **Tudose, F.** Liaison Psychiatry - A Novelty in Romania, poster prezentat la cel de al X-lea Congres Mondial de Psihiatrie, 23-28 Aug 1996, Madrid, Spania, rezumat publicat în volumul de rezumate pag.158.
323. **Tudose, F.** Liaison Psychiatry at the University Hospital of Bucharest, lucrare comunicată la Congresul European al Asociaţiei Mondiale de Psihiatrie, 23-26 aprilie 1997, Geneva, Elveţia, în cadrul simpozionului cu tema "Contribuţia psihiatrilor în practica medicală".
324. **Tudose, F.** Liaison Psychiatry at the University Hospital of Bucharest, lucrare comunicată la Congresul European al Asociaţiei Mondiale de Psihiatrie, 23-26 Apr 1997, Geneva, Elveţia, în cadrul simpozionului cu tema "Contribuţia psihiatrilor în practica medicală".
325. **Tudose, F; Niculăiţă, Anca.** Le role des troubles de la personalité dans les tendances suicidaires graves, lucrare comunicată la Seminarul franco-român de psihiatrie din 15 Ian 1998, Institutul Francez, Bucureşti.
326. **Tudose, F.** Psihiatria de legătură în Spitalul General - directie contemporană în reforma psihiatrică, Revista Română de Sănătate Mintală, nr.10 (2)/1998.
327. **Tudose, F.** Psihiatria de legătură şi imaginea psihiatriei pentru medicii de altă specialitate, lucrare prezentată la XI World Congress of Psychiatry, Hamburg, 6-11 august 1999.
328. **Tudose, F.** Psihiatria românească în reformă, Revista *Colegiul*, nr.8(11), vol. II, anul 2, 1998.
329. **Tudose, F.** *Risc şi eficienţă în administrarea extrapsihiatrică a psihotropelor*. Revista Infomedica nr. 2(14), pp 70-72, Feb 1995.
330. **Tudose, F.** *Sinuciderea la adolescenţii tineri - un comportament addictiv tipic*. Revista de Medicină Legală, vol. 4, nr. 4, Dec 1996, pp 354-358.
331. **Tudose, F.** The Frequency of the Somatoform Disorders in a Psychiatric Service Connected with the General Hospital, lucrare prezentată la a XI-a Conferinţă a Societăţii Sud-Est Europene de Neurologie şi Psihiatrie, 25-28 Sep 1996, Thessaloniki, Grecia, rezumat publicat în volumul de rezumate al conferinţei, pp 174.
332. **Tudose, F.** The Psychotherapeutic App roaches - An Important Contribution to the Medical Treatment in the First Liaison-Psychiatry Department in Romania, lucrare prezentată la al 11-lea Congres International al Asociaţiei Mondiale de Psihiatrie Dinamică, din 4-8 Martie 1997, Munich, Germania.
333. **Tudose, F.** Three years of activity of the first liaison psychiatry department in Romania - difficulties and perspectives, prezentată la a 12-a Conferinţă a Societăţii Sud-Est Europene de Psihiatrie şi Neurologie, 30 Septembrie - 3 Octombrie 1998, Thessaloniki, Grecia.
334. **Tudose, F; Gorgos, Constantin; Antonescu-Botezat, Ileana.** Boala psihică - concept şi realitate clinică, lucrare prezentată la Sesiunea Ştiinţifică Anuală a Policlinicii Titan, 1981.
335. **Tusques, J.** Initiation à la psychologie medicale, Librairie Maloine, Paris, 1976.
336. **Uexdl, Th. von; Adler, Ir; Herrmann, Jm; Khle, K; Schonecke, OW; Westack, W.** Psychosomatische medizin. Ed. Urban & Schwarzenberg, 1996.
337. **Updegraff, HL; Menninger, KA.** *Some psychoanalytic aspects of plastic surgery*. Am J Surg, 25:554-558, 1993.
338. **Ursea, N.** Rinichiul artificial şi alte mijloace de epuraţie extrarenală. Fundaţia Română a Rinichiului, Bucureşti, 1997.
339. **Ursea, N.** Tratat de nefrologie. Ed. Artprint, Bucureşti, 1994.
340. **Văleanu, Vasile; Constantin, Daniel.** Psihosomatică feminină. Ed. Medicală, Bucureşti, 1977.

341. **Van Gennep, Arnold.** Riturile de trecere. Ed. Polirom, Iaşi, 1996.

342. **Van-Hemert, AM; Speckens, AE; Rooijmans, HG; Bolk, JH.** *Criteria for somatization studied in an outpatient clinic for general internal medicine*, Ned-Tijdschr-Geneeskd, 8 Jun 1996, 140(23):1221-6.

343. **Vasilescu, A.; Vasilescu, L.; Tudose F.** «Abordarea cognitiva a obezitătii - de la stil cognitiv la psihoterapie», al IX-lea Simpozion Naţional de Psihoneuroendocrinologie din 11-12 iunie 1999.

344. **Venisse, JL** (sous la direction). Les nouvelles addictions. Ed. Masson, 1991.

345. **Villey, G.** La psychiatrie et les sciences de l'homme. Ed. Felix Alcan, Paris, 1933.

346. **Vîrtej, P; Badea, M; Tudose F et all.** *Female genito-mammarian cancer in young women. App roach and quality of life*, Eur.J.Gynaec Oncol, vol.XIX, n.1, 1998.

347. **Vitello, A.** *Schizofrenie e dismorfofobie.* Ospedale Psichiatr, 38:57-73, 1970.

348. **Vlad, N.** Psihopatile în semnificaţia clinică şi relaţională, Editura Quadrat, Botoşani, 1995.

349. **Vrasti, Radu; Eisenmann, M.** Depresii - noi perspective. Ed. All, Bucureşti, 1996.

350. **Wallen, J; Pincus, HA; Goldman, HH, et al.** *Psychiatric consultations in short term hospitals.* Arch Gen Psychiatry, 44:163-168, 1987.

351. **Walsh, BT.** *Anorexia nervosa and bulimia: the psychiatric app roach.* In: Bardin CW (ed) Current Therapy in Endocrinology and Metabolism. BC Decker, Philadelphia, pp 16-19, 1991.

352. **Walsh, BT; Devlin, MJ.** *The pharmacologic treatment of eating disorders.* Psych Clin N Am, 1992; 15: 149-60.

353. **Ware, NC; Kleinman, A.** *Culture and somatic experience: the social course of illness in neurasthenia and chronic fatigue syndrome.* Psychosom Med, Sep-Oct 1992, 54 (5) pp 546-60.

354. **Wessely, S.** *Le syndrome de fatigue chronique (SFC). Problemes cliniques, sociaux, psychologiques, et prise en charge.* Encephale, Nov 1994, 20 Spec No 3 pp 581-95.

355. **Wessely, S.** *Mass hysteria: two syndromes?* Psychol Med, 1987, 17: 109-120.

356. **Whitcomb, Michael E, MD.** *The Role of Medical Schools In Graduate Medical Education.* JAMA: The Journal of the American Medical Association, 272(9):702-704, Sep 7 1994.

357. **Widlocher, D.** Les Logiques de la depression. Paris , Fayard, 1983.

358. **Widlocher, D.** *Les processus d identification.* Buletin de Psychologie, 23 (17-19, 1199-1114) 1970.

359. **World Health Organization.** Lexicon of Psychiatric and Mental Health Terms, 2nd Edition. Geneva, World Health Organization, 1994.

360. **World Health Organization.** The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research, World Health Organization, Geneva, 1993.

361. **Yager, J** *Tratamente psihosociale în tulburările de alimentaţie* Archives of General Psychiatry 57(11):153-164, Nov1994.

362. **Zarcovic, Grujica; Enăchescu, Dan.** Probleme privind politicile de sănătate în ţările Europei Centrale şi de Răsărit - evoluţia recentă şi perspectivele sistemului de sănătate în România. Ed. Infomedica, Bucureşti, 1998.

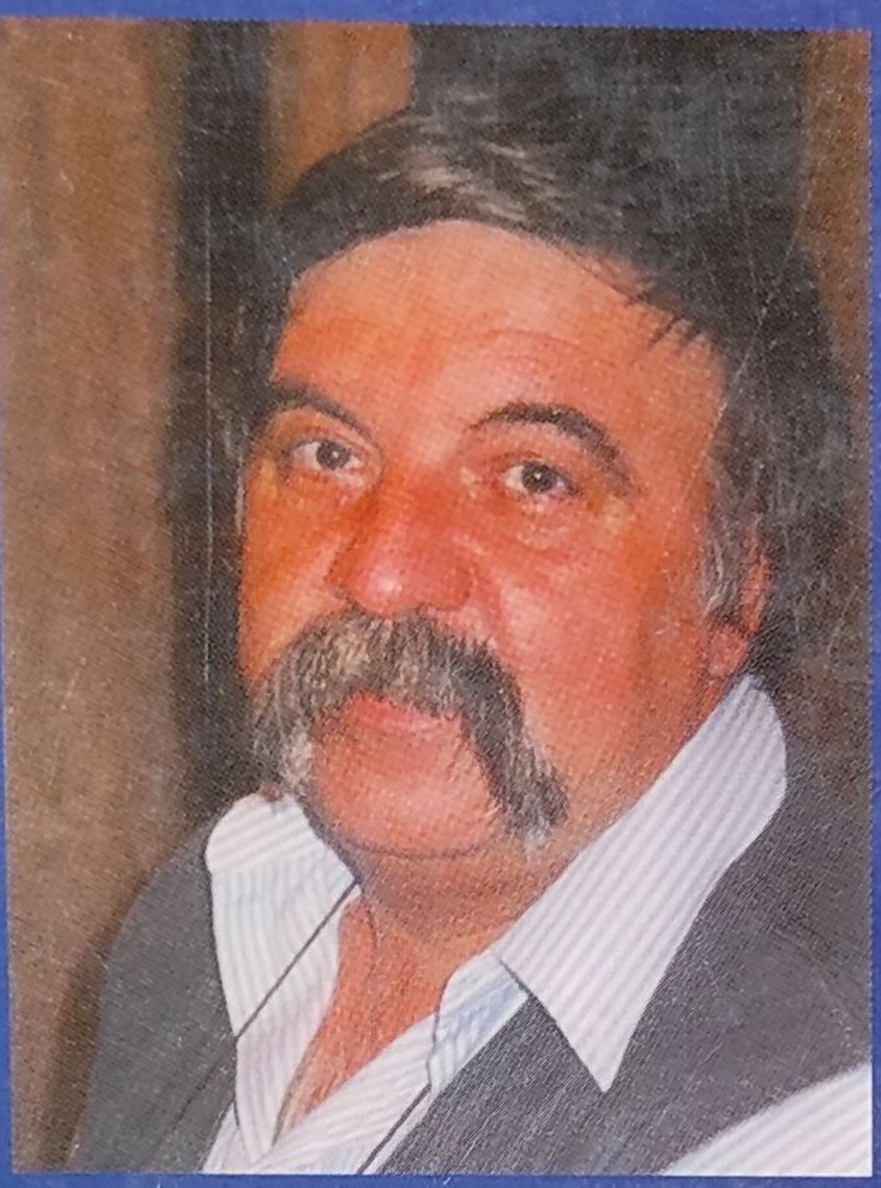
363. **Zerbe, KJ.** *Eating disorders in the 1990s: Clinical challenges and treatment implications.* Bull Meninger Clin, 1992; 56: 167-87.

364. **Zheng, YP; Lin, KM; Zhao, JP; Zhang, MY; Yong, D.** *Comparative study of diagnostic systems: Chinese Classification of Mental Disorders-Second Ed. versus DSM-III-R.* Compr Psychiatry, Nov-Dec 1994, 35 (6) pp 441-9.

365. **Zimmer, J.** *Length of stay and hospital bed misutilization.* Med Care, 14:453-462, 1974.

366. **Zlate, M.** Introducere în psihologie, Editura Şansa, Bucureşti, 1994.

FLORIN TUDOSE



Dr. Florin Tudose este medic primar psihiatru și specialist în sănătate publică, doctor în științe medicale și doctorand în psihologie la Universitatea *René Descartes* din Paris.

Este coordonator al Departamentului psihiatrie de legătură din Spitalul Universitar București, primul serviciu de acest fel din România. Predă psihologie medicală, psihopatologie și psihiatrie în cadrul Universității *Spiru Haret* din București.

A realizat numeroase lucrări de cercetare privind psihiatria clinică, psihiatria de legătură, corelații între bolile somatice și etiologia psihică, tulburările adolescentului, calitatea vieții, comunicarea interpersonală, factori psihologici implicați în boală, materializate în peste 150 de articole și lucrări științifice comunicate sau publicate.

A publicat în calitate de autor sau coordonator: *"Vademecum în psihiatrie" (1985), "Dicționar enciclopedic de psihiatrie" (4 volume) (1986-1990) "Medicina naturistă" (1987), "Să dăm sănătate anilor noștri" (1991), "Psihopolitica" (1996); "L'Humour en Psychopathologie" (Paris, 1998).*

Domeniul în care lucrează îl situează în poziția de pionier al aplicării concrete în domeniul practicii generale a cunoștințelor de psihologie medicală ca direcție fertilă de îmbunătățire a activității medicale.

Cea mai importantă resursă a medicinei mileniului trei este cu siguranță psihologia medicală.

Spiritul psihologiei medicale este, sau mai curând ar trebui să fie prezent în toate practicile medicale cotidiene - de la "banala" intervenție din medicina de familie la cele mai sofisticate: grefe, tratament oncologic complex al cancerelor, programe de recuperare sau abordarea stărilor terminale și a morții.

Domeniul psihologiei medicale poate fi regăsit în toate actele din practica medicală unde intervine, într-un fel sau altul, un factor psihologic, fie că este vorba de raportul unui eveniment traumatizant din punct de vedere afectiv (doliu, despărțire) cu derularea unei afecțiuni somatice, sau de locul relației medic-pacient, a proiecției acesteia în diagnosticul, tratamentul sau urmărirea bolilor.

Evoluția medicinei din ultimii cincizeci de ani poate fi considerată mai importantă decât cea de la începuturile sale și până în anii '50. S-a ajuns aici în special datorită imagisticii medicale, descifrării tainelor codului genetic, investigării unor căi și relații metabolice extrem de fine, pătrunderii în intimitatea structurală și funcțională a celulei.

Posibilitățile de intervenție ale medicinei au devenit de asemenea extraordinare: alături de progresele farmacologiei și radioterapiei, chirurgia reușește, prin transplanturi de rinichi, ficat, inimă, plămâni, pancreas, prin *by-pass*-uri și chirurgie reconstructivă, uimitoare performanțe.

Această enormă tehnicizare și progres științific nu poate și nu va putea vreodată să înlocuiască relația medic-pacient, singura care dă dimensiunea umană și etică sau, altfel spus, *divină* întregii medicine.

Nici un model medical nu va putea să se lipsească de atributele eterne ale medicului, etern discipol al lui *Hipocrate* care fără empatie, siguranță profesională, capacitate de comunicare, putere de analiză în fața avalanșei de factori care amenință pacientul său, putere de anticipare asupra urmărilor psihologice ale intervențiilor sale și fără dimensiunea sa etică nu ar valora aproape nimic.

O abordare modernă a psihologiei medicale este, în opinia noastră, cea făcută din linia întâi a activității medicale, cea care se desfășoară într-un mare spital general, în care intervenția psihologică se validează imediat în domeniul practicii.

ISBN: 973-9394-37-X